Aus der Frauenklinik zu Gießen.
Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Pfannenstiel.

Über Missed labour und Missed abortion.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Gaudenz Kalthegener

aus Gelsenkirchen.

Kiel 1908.

Druck von H. Fiencke.

Aus der Frauenklinik zu Gießen.
Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Pfannenstiel.

Über Missed labour und Missed abortion.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Gaudenz Kalthegener
aus Gelsenkirchen.

Kiel 1908.
Druck von H. Fiencke.

No. 34.

Rektoratsjahr 1907/08.

Referent: Prof. Dr. **Pfannenstiel.**

Kiel 14. I. 08. Zum Druck genehmigt

Prof. Dr. **Quincke,**
z. Z. Dekan.

Seiner lieben Mutter

und dem Andenken

seines verstorbenen Vaters

gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/ubermissedlabour0000gaud

Während der Schwangerschaft abgestorbene Früchte werden vom Uterus nach der jetzt allgemein giltigen Fremdkörpertheorie ausgestoßen. Diese Unduldsamkeit der Gebärmutter gegen abgestorbene Früchte kann aber auch durch bislang noch nicht hinreichend geklärte Ursachen abgeschwächt oder gänzlich aufgehoben sein. Dann entsteht jenes Krankheitsbild, welches in der Pathologie der Schwangerschaft mit missed labour bezw. missed abortion bezeichnet wird, je nachdem es sich um abnorm lange intrauterine Retention einer abgestorbenen reifen oder der Reife nahen Frucht oder eines Abortiveies aus den ersten Monaten der Gravidität handelt.

Der Ausdruck missed labour — wörtlich übersetzt: verfehlte, d. h. erfolglose Geburtsarbeit, französisch „travail manqué" — wurde 1847 von Oldham eingeführt. Die Unterabteilung missed abortion schuf 1864 Mc. Clintock. Nach v. Winckel's Lehrbuch rührt der Ausdruck missed abortion von Math. Duncan her.

Das Bestreben, diese englischen Bezeichnungen durch deutsche zu ersetzen, hat zu einem einheitlichen Ergebnis bisher noch nicht gelangen können, da die Vorbedingung — eine einheitliche genaue Begrenzung dieser Begriffe — noch nicht erfüllt ist. Diejenigen, die sich mit der intrauterinen Retention abgestorbener Früchte eingehender befassen, werden hinsichtlich der Begriffsbegrenzung von missed labour und missad abortion in der einschlägigen Literatur die verschiedensten Standpunkte vertreten finden. Am häufigsten werden beide Vorkommnisse mit missed labour

allein bezeichnet. Neuerdings hat besonders E. Fraenkel die Kategorie missed abortion wieder eliminieren wollen. Manche Autoren haben als missed labour nur diejenigen Fälle gerechnet, bei denen die Frucht erst am normalen Ende der Schwangerschaft abgestorben und vom Uterus retiniert worden war. Andere begnügen sich bei der Diagnosenstellung dieser beiden Schwangerschaftsanomalien nicht mit der intrauterinen Retention der abgestorbenen Frucht allein, sondern verlangen dabei, daß von der Gebärmutter auch bereits vergebliche („missed") Ausstoßungsversuche gemacht worden sind. Bei missed abortion ferner finden wir bezüglich der Diagnose in einigen Lehrbüchern die Ansicht vertreten, daß das Abortivei über das normale Ende der Schwangerschaft hinaus retiniert sein müsse, während nach v. Winckel eine Retention von mehr als 3—5 Wochen, nach Graefe eine solche von mehr als 6 Wochen nach dem Absterben des Eies genügt, um die Verhaltung als pathologisch begründen zu können.

In neuester Zeit ist die vorherrschende Umgrenzung der Begriffe so, daß man unter missed labour die intrauterine Retention einer abgestorbenen reifen oder der Reife nahen Frucht, unter missed abortion die abnorm lange Verhaltung eines Abortiveies versteht. Zu bemerken ist noch, daß man heute auch missed labour bezw. abortion habitualis unterscheidet.

Da missed labour und missed abortion denselben Verlauf und vor allen Dingen dieselbe Aetiologie haben, geht es nicht gut an, sie getrennt darzustellen. Die unterschiedlichen Merkmale treten dabei von selbst hervor.

In früheren Zeiten ist das Vorkommen dieser pathologischen Verhältnisse wiederholt angezweifelt worden. So steht in der von Mueller-Stoltz verfaßten, 1878 in Nancy gekrönten Preisschrift (de la grossesse utérine prolongée indéfinement, Paris 1878) gegen Schluß der ausführlichen Arbeit wörtlich:

„Nous avons parcouru tous les recueils anciens et modernes toutes les revues et tous les journaux français, allemands, anglais, italiens et nous croyons pouvoir affirmer

que nous avons réuni ici tous les cas un peu sérieux qui ont été donnés comme grossesses utérines prolongées (non compris les accouchements retardés qui n'entrent pas dans notre sujet). Mais aucune des observations rapportées jusqu' à present ne peut soutenir une critique fondée sur les connaissances anatomiques et physiologiques actuelles; aucune ne prouve d'une manière positive la retention pendant plus de dix mois du foetus vivant ou mort. Sur une cinquantaine d'observations il n' y en a que deux ou trois, qui pourraient provoquer une doute; mais elles sont si incomplètes et présentent encore des points si obscurs qu'on ne peut pas y ajouter fois jusqu' à present". Und C. v. Braun behauptet in seinem Lehrbuch der gesamten Gynaekologie aus dem Jahre 1881 auf Seite 632, daß er „die Retention einer todten, der Reife nahen Frucht monatelang über den normalen Schwangerschaftstermin hinaus bisher niemals beobachtet habe."

Doch ist jetzt durch Laparotomie wie Autopsie das Vorkommen von missed labour und missed abortion unwiderleglich bewiesen.

Die starken Zweifel, die in das Vorkommen dieser pathologischen Zustände gesetzt worden sind, haben einerseits das Interesse an diesem Gegenstand neu belebt, andererseits sind sie dem Forschersinn zur Auffindung der richtigen Wege dienlich gewesen. Alle Veröffentlichungen über dieses seltene Krankheitsbild wurden nochmals genauer geprüft. Und in der Tat vermochte die Mehrzahl der als missed labour bezw. abortion publicierten Fälle einer ernsten Kritik auf Grund neuerer Forschungen nicht stand zu halten. Es handelte sich entweder um Graviditas extrauterina oder interstitialis, oder um Tumoren, ferner um im rudimentären Horn eines Uterus bicornis gelegene abgestorbene Früchte, oder auch um sog. Übertragung, dessen Vorkommen v. Winckel neuerdings in einer allgemeines Interesse erregenden Arbeit einwandfrei bewiesen und zur Propaganda auf Abänderung des § 1717 im bürgerlichen Gesetzbuch — die Empfängniszeit betreffend — benutzt hat.

Um die Schwierigkeit und Kompliziertheit der diag-

nostischen Verhältnisse zu illustrieren, führe ich folgenden Fall von Bertino (Ann. de ost. e gin. 1902, Mai) an, den Bartsch in Z. f. G. 1903, S. 679 mitgeteilt hat:

30 jährige IV gravida, deren Schwangerschaft von Anfang an unter abnormen Erscheinungen (Schmerzen im Leib, später Ohnmachten und Erbrechen) verlief. Im 7. Monat der Gravidität mäßiger Blutabgang, späterhin gelbrötlicher Ausfluß. Es wurde ein Bougie eingelegt, ohne daß der Foetus abging. Mehrere Monate darnach wurden foetale Knochenteile spontan per vaginam ausgestoßen. Der Versuch, die foetalen Reste per vias naturales zu entleeren, schlug fehl. Bei der nun folgenden Laparotomie zeigte sich, daß der von außen fühlbare, nach unten direkt in die Cervix fortgesetzte und deswegen als corpus uteri angesprochene Tumor in der Tat einem einzigen, mit foetalen Knochen und einer bräunlich-foetiden Flüssigkeit angefüllten Hohlraum entsprach. Dieser (jedenfalls teilweise vom Uteruscavum gebildete) Sack war breit mit der Bauchwand verwachsen. Entleerung, Ausschabung, Tamponade, glatte Heilung.

Trotz der Laparotomie ist Verfasser im Zweifel geblieben, ob es sich um Tubargravidität oder missed labour gehandelt habe, wenn ersteres durch die Operation auch wahrscheinlicher geworden sei.

Zu bemerken ist noch, daß Retentionen abgestorbener Früchte im Uterus bei Gebärunmöglichkeit, z. B. durch Tumoren, nicht zur Kategorie missed labour bezw. abortion zählen. Wohl aber rechnen intrauterine Retentionen bei intraparietalen Geschwülsten hierher, wie Sänger und Strong je einen Fall von missed labour bei multiplen Fibromyomen des Uterus veröffentlicht haben.

Im Vorhergehenden ist schon angedeutet, daß sich dem Absterben der Frucht seine Ausstoßung nicht sofort anschließt, sondern daß in der Regel eine gewisse Zeit vergeht, bis dieselbe erfolgt. Nur wenn die den Fruchttod herbeiführenden Momente gleichzeitig eine stark wehenerregende Wirkung auf die Muskulatur der Gebärmutter ausüben, wie das z. B. bei ausgedehnten, plazentaren Blut-

ergüssen in Folge eines Traumas der Fall ist, folgt dem Tode des Foetus auch sofort die Ausstoßung. Für gewöhnlich beträgt die mittlere Zeit vom Tode der Frucht bis zum Beginn der Ausstoßung etwa 14 Tage. (Zweifel, Lehrbuch). Das Ei ist eben für den Uterus noch nicht zum Fremdkörper geworden, da sich auch nach dem Tode der Frucht noch biologische Processe in demselben abspielen. Hierüber haben Graefe, Litthauer, Schaeffer, Merttens, v. Franqué, v. Winckel u. Andere eingehende mikroskopische Untersuchungen angestellt mit dem Ergebnis, daß die foetalen Eihüllen in toto oder teilweis wochenlang alle Merkmale lebender Gewebe behalten, und daß sich in ihnen nachweisbare Lebensprocesse in Gestalt von Zellwucherungen abspielen. Auf Grund dieser Untersuchungen verlangten Graefe und v. Winckel, wie schon oben erwähnt worden ist, eine Retentionsdauer über 6 resp. 3--5 Wochen hinaus, um die Verhaltung der Frucht als pathologisch begründen zu können.

Die Möglichkeit, daß zugleich mit dem Tode der Frucht oder wenigstens kürzere Zeit darnach, als Graefe und v. Winckel als Regel aufgestellt wissen wollen, auch die biologischen Processe in den Eihüllen sistieren können, läßt sich nicht von der Hand weisen. Dafür sprechen zunächst Aborte infolge eines Traumas; ferner alle diejenigen Fälle, in welchen bei gleich langer Retentionsdauer die entfernten Früchte ein vollständig verschiedenes Aussehen zeigten. Einmal waren sie noch auffallend frisch, ein andermal bereits übelriechend und hochgradig zersetzt. Allerdings muß man zugeben, daß für eine solche Verschiedenheit im Aussehen gleich lange Zeit retiniert gewesener Früchte auch andere Ursachen, z. B. Krankheiten des Eies, zur Erklärung herangezogen werden können.

Was die klinischen Erscheinungen von missed labour und abortion anlangt, so sind die subjektiven Symptome recht unbestimmte. Die Patientinnen klagen über Übelkeit, Kopfschmerzen, Appetitmangel, schlechten Geschmack im Munde, Erscheinungen, die sich durch eine Intoxikation, die infolge Resorption der Gewebszerfallsprodukte der ab-

gestorbenen Frucht von seiten des Uterus vor sich gehen kann, leicht erklären lassen. Oft verspüren die Kranken ein Gefühl von Schwere im Unterleib. Einige haben eine Abnahme des Leibesumfanges und ein Abschwellen der vorher prallen Brüste wahrgenommen. In der Regel werden sie aber dadurch, daß der Leibesumfang nicht fortwährend zunimmt und daß kein kindliches Leben verspürt wird, auf die Idee gelenkt, daß sie entweder garnicht gravid seien oder daß die Frucht abgestorben sei.

Durch genaue, öfters zu wiederholende Untersuchungen stellt der Arzt dann fest, inwieweit die Größe des Uterus zu dem angeblichen Schwangerschaftstermine im Mißverhältnis steht, und ob die früher erwähnten Differentialdiagnosen ausgeschlossen werden können oder nicht. Vor allem ist dann auch das Fehlen der kindlichen Herztöne ein diagnostischer Fingerzeig.

Die Prognose der intrauterinen Retention abgestorbener Früchte ist ganz selten ungünstig. Immerhin ist missed labour ernster zu nehmen als missed abortion. Der Grund ist klar. Mit der Größe der Frucht wird auch die Gefahr der Intoxikation und sekundären Infektion größer, weil die Resorptionsfläche ausgedehnter ist. Ferner kann eine kleine tote Frucht noch leichter spontan ausgestoßen werden, wie eine größere.

Diese Gesichtspunkte sind auch bei der Therapie maßgebend. Bei der Verhaltung von Abortiveiern wartet man ruhig ab, wenn nicht allzustarke Blutungen die Indikation zu einer möglichst schnellen Ausräumung abgeben. Meistens wird das retinierte Ei mit dem menstruellen Afflux nach kürzerer oder längerer Zeit ausgestoßen. Bei missed labour richtet man sich am besten nach dem Verhalten des Fruchtwassers. Ist letzteres bereits abgeflossen, die Eihöhle also eröffnet und damit der Infektion der Weg zum Uteruscavum gebahnt, so nimmt man die sofortige künstliche Entbindung in Angriff. Andernfalls wartet man auch ruhig ab.

Das Schicksal abgestorbener retinierter Früchte, die weder spontan vom Uterus ausgestoßen, noch künstlich entfernt werden, ist verschieden nach dem Alter der Früchte.

Ganz junge Embryonen aus den ersten Wochen werden meistens resorbiert. Ältere verfallen der Maceration oder Mumifikation. (Lithopaedienbildung.) In ganz seltenen Fällen tritt Verjauchung ein.

Im folgenden habe ich 52 Fälle von missed labour und missed abortion zusammengestellt. Es sind teils Fälle aus der Gießener Universitäts-Frauenklinik, die mir von Herrn GeheimratProf.Dr. Pfannenstiel zur Veröffentlichung gütigst überlassen worden sind, teils Fälle, die ich der mir seit der Veröffentlichung E. Fränkels erschienenen, zugänglichen Literatur entnommen habe.

Diese Zusammenstellung von Fällen soll hauptsächlich dem Zweck dienen, Licht in die uns bei diesen pathologischen Vorgängen vornehmlich interessierende Frage nach der Aetiologie der abnorm langen Retention zu bringen.

Ich bemerke vorher, daß meine Zahlen über Retentionsdauer, normales Ende der Schwangerschaft u. s. w. fast durchweg keinen Anspruch auf Genauigkeit machen können. Abgesehen von den wenig zuverlässigen Methoden, die Schwangerschaftsdauer zu bestimmen, resultiert die Hauptschwierigkeit aus den ungenauen Angaben, die von den Frauen selbst gemacht werden. In den meisten Fällen wird nur Anfang, Mitte oder Ende eines Monats als Datum genannt.

Auch diejenigen Zahlen, die durch Messungen und Gewicht der Frucht bestimmt worden sind, müssen stets mit Vorsicht für die Berechnung der Retentionsdauer verwertet werden.

Fall I.

Heyn, Breslau. Z. f. G. 1903, S. 210.

34 jährige VI para, vorher noch nie abortiert. Letzte Regel 6. Juni 1901. Am 26. Januar 1902 Abgang des Eies in toto. Retention $4^1/_2$ Monate.

Das Präparat stellt einen vollständigen Ausguß des Uterus vor. Chorion wie gehärtet, derb, rauh, von grauer Farbe. Subchoriale Haematome. Der Foetus entspricht der

Mitte des III. Monats. Die Nabelschnur ist zwirnsfadendünn, weist bei einer Länge von 4 cm 25 Umwindungen auf.

Fall II. Idem.

35 jährige VIII para, vorher nie abortiert. Letzte Regel, bestimmt angegeben, am 4. Oktober 1901. Am 26. Februar 1902 ein Sturz von der Treppe, Blutung, Abgang des Eies in toto. Retention 3 Monate.

Das Präparat entspricht seiner Größe nach dem Ende des 4. Monates; es stellt einen schlaffen Sack dar. Das Chorion, das nur wenig von den Eihüllen frei läßt, ist weich, hat die typische Farbe der Placenta. Wenig klares Fruchtwasser. Der Foetus hängt an einer ca. 3 cm langen, ödematösen Nabelschnur, die nur $2^1/_2$ Umwindungen zeigt. Seine Länge beträgt $1^1/_2$ cm; er ist also in der 5. oder 6. Woche abgestorben.

Fall III. Idem.

32 jährige IX para, die schon 2 mal abortiert hat. Letzte Periode 17.—24. Dezember 1901. Ende März Übelkeit, Gefühl von Schwere im Leibe, Schüttelfröste. Am 31. Mai 1902 Wehen und Geburt des Eies in toto.

Das Präparat entspricht seiner Größe nach dem Ende des 3. Monates. Chorion hart, rauh, von grauer Farbe wie in Fall I, läßt einen großen Teil der Eihüllen frei. Der Foetus ist wahrscheinlich Ende März abgestorben.

Retention 2 Monate.

Lues ist anamnestisch in allen 3 Fällen von Heyn auszuschließen. Der Grund der Retention ließ sich mit Sicherheit nicht feststellen.

Fall IV.

Walter, Hygiea F. II. Jahrgang 2. 1902 August. (Schwedisch) Z. f. G. 1903, S. 444.

43 jährige Frau, IX para. Letzte Geburt 15. Februar 1899. Letzte Menstruation Mitte November 1900, Kindesbewegungen Anfang April 1901. Während der Gravidität Influenza. Kindesbewegungen zuletzt 5. Juli 1901. Seitdem Verminderung des Leibesumfanges. 14. September Fundus

uteri 3 Querfinger unter dem Nabel, weich; Cervix geschlossen. Kolostrum in den Brustdrüsen. Die Hebamme hatte bei der Pat. Mitte Juli den Fundus uteri 3 Querfinger oberhalb des Nabels gefunden. 29. September Wehen. Nach 4 Stunden Geburt des Eies. Die Nachgeburt war mit dem Gesicht verklebt. Die Nabelschnur einmal um den Hals geschlungen.

Die Frucht, ein Mädchen, war faltig und geschrumpft, 32 cm lang, 560 g schwer.

Verfasser nimmt an, daß das Ei nach Absterben der Frucht etwa im 8. Schwangerschaftsmonate 3 Monate lang im Uterus verblieben war, ehe es ausgestoßen wurde.

Fall V.

Rosenkranz, Berlin. Berl. klin. Wochenschrift 1903, S. 1176.

Frau Louise K. hat 9 mal geboren, zuletzt vor 2 Jahren. Im Alter von 24 Jahren wurde sie zum 1. Male mit der Zange von einem toten Kinde entbunden. Die übrigen 8 Geburten verliefen normal. Im Jahre 1899 Abort einer zweimonatlichen Frucht; es bestanden 3 Monate sich hinziehende Blutungen; Heilung durch Currettage. Letzte Periode am 6. Februar 1903. Am 1. Juni desselben Jahres erfolgte nach einer Wagenfahrt über Land Fruchtwasserabfluß. Am 5. Juni Untersuchung in Narkose; es wurde Retroflexio uteri gravidi mit Dextrotorsion des Uterus festgestellt. Nach der Untersuchung Blutungen und 8 Tage lang mäßiges Fieber. Die Blutungen ließen nach, der Uterus, der ungefähr eine Hand breit unterhalb des Nabels zu fühlen war, verkleinerte sich rapid. Muttermund geschlossen.

Therapie: Bettruhe. Während der Fieberperiode stellte sich ein braungelber, blutig tingierter, mäßig übelriechender Ausfluß ein. Am 14. Juni verließ Pat. nach Entfieberung das Bett. Am 19. Juni erneute Untersuchung. Entfernung eines Handwurzelknochens und einer Rippe aus der Vagina. Pat. erklärte, daß schon einige Tage zuvor harte Körper mit dem Wochenabfluß abgegangen seien. Sie will auch vorher neben Blutgerinnseln, welche leicht zerreibbar

waren, mißfarbige Fetzen von derberer Consistenz in den Lochien gefunden haben. Muttermund noch geschlossen. In den folgenden Wochen gingen ohne irgendwelche Beschwerden ein Paar Rippen, Handwurzelknochen, eine Scapula, die Schuppe des Hinterhauptbeines, je eine Tibia, Clavicula und pars squamosa des Schläfenbeins. Am. 5. Juli, zur Zeit der sich einstellenden Menstruation, trat eine stärkere Blutung ein; Cervix so weit, daß man mit der Fingerspitze eindringen kann. Tamponade von Cervix und Scheide, 2 Tage lang. Muttermund am 7. Juli so weit, daß die übrigen Knochen und die noch fast adhaerente Placenta manuell entfernt werden konnten. Reaktionsloser Verlauf des Wochenbettes.

Aus den vorhandenen zusammengelegten Knochen konnte man auf eine Gesamtlänge des Foetus von 13—14 cm schließen; derselbe befand sich demnach am Ende des 4. Monats der Entwickelung.

Was diesen Fall von allen in der Literatur verzeichneten unterscheidet, ist der überaus kurze Zeitraum, in dem sich der ganze Proceß abspielte. Während alle Beobachter ohne Ausnahme von einer mehrere Monate, ja Jahre langer Retention des Foetus bis zur Ausstoßung von Knochen berichten, begann in diesem Falle der Abgang völlig skelettierter Knochen schon 19 Tage nach dem am 1. Juni stattgehabten Fruchtwasserabfluß.

Fall VI.

Loennecken. (Medicinsk revue 1902 p. 284) Referat: Z. f. G. 1903, S. 1173.

Bei einer 36 jährigen IX para starb das Kind im 4. Monate, blieb aber, ohne besondere Beschwerden hervorzurufen, noch 4 Monate im Uterus. Es wurde dann eine 15 cm lange Frucht ausgestoßen. Die Placenta mußte manuell gelöst werden.

Fall VII.

Orthmann, Z. f. G. 1904, Seite 145.

27 jährige, an Mitralinsuffizienz leidende Patientin, die bis dahin 2 mal abortiert hatte. Ende Oktober 1902 kam

Pat. wieder in Behandlung; sie gab an, seit 5 Monaten keine Menstruation gehabt zu haben. Die Untersuchung ergab eine Gravidität im 5. Monate; Uterus in Nabelhöhe; Kindsteile nicht zu fühlen; Pat. hatte bisher keine Kindsbewegungen verspürt. Nach 4 Wochen Uterus etwas über Nabelhöhe; geringe Blutungen. Anfang Januar 1903 Status idem. Ende März Abgang einer dreimonatigen, mumificierten Frucht von 6 cm Länge unter geringem Wasserabgang. Der Uterus stand jetzt nur noch in der Mitte zwischen Symphyse und Nabel. Nach Tamponade der Cervix traten kräftige Wehen auf, welche die Placenta in toto herausbeförderten.

Die Placenta nebst Eihäuten stellt einen vollkommenen Ausguß der Uterushöhle dar; sie hat eine Länge von 10 cm, eine Breite von 7,5 cm und eine Dicke von 5 cm. Man sieht an dem Präparate ausgedehnte Veränderungen regressiver Natur. Die Placenta ist durchsetzt von multiplen, weißlichen Herden, die stellenweise eine centrale Erweichung resp. Cystenbildung erkennen lassen. Es handelt sich bei denselben um degenerierte Chorionzotten, welche teils in fibrilläres Bindegewebe umgewandelt sind unter vollkommener Obliteration der Gefäße, teils eine hyaline Degeneration aufweisen. Retention 7 Monate.

Fall VIII.

Polano, Z. f. G. 1904 S. 448.

Der Fall stammt aus der Kgl. Frauenklinik in Würzburg und ist dem von Rosenkranz sehr ähnlich.

36 jährige VII para. Letzter Partus vor 3 Jahren. Am 13. Juli 1903 die letzte Periode. 2 Monate darauf 8tägige Blutung; nach $1^1/_2$ Wochen (Anfang Oktober) wiederum 12 tägige Blutung. Am 18. November Aufnahme in die Klinik wegen Blutungen, die seit Anfang November ununterbrochen bestanden. Die Untersuchung ergab einen etwa dem 4. Monate entsprechenden graviden Uterus; Muttermund völlig geschlossen; geringer bräunlicher Ausfluß. Trotz Bettruhe, Eisblase, Opium dauert der blutige, zum Teil wässerige Ausfluß in wechselnder Stärke fort, keine Wehen. 8 Tage später finden sich in der Vulva die völlig skelet-

tierten Oberschenkel eines Foetus. Gleichzeitig erscheint der Ausfluß zum ersten Male übelriechend. Es wird aus der Scheide das völlig seiner Weichteile beraubte Skelett eines annähernd 4 Monate alten Foetus entfernt. Die fehlenden Knochen und die Placenta wurden nach Erweiterung des Muttermundes durch einen kleinen Metreurynther entfernt.

Pat. hat niemals gefiebert. Heilung nach 8 Tagen.

Fall IX.

Hagmann, Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, Bd. XVII, S. 808.

39 jährige VI para. Erster Partus 1883, wurde mit der Zange beendet; letzter Partus im Mai 1891. Am 16. Januar 1900 ein Abort im 3. Monat. Letzte Menses stellten sich am 16. Februar 1900 ein, waren sehr stark und dauerten 7 Tage. Dann folgte eine Cessatio mensium, und die Frau hielt sich für gravid. Gegen Mitte Oktober Übelkeit und starke Kopfschmerzen, sodaß sich Pat. am 17. Oktober zu Bett legte. Die Kopfschmerzen waren unerträglich geworden; die Temperatur war etwas erhöht; Puls beschleunigt; der Urin gibt starke Eiweißreaktion; außerdem trat Erbrechen ein; es folgten Anfälle mit allgemeinen Convulsionen und völliger Bewußtlosigkeit. Die bis dahin deutlich konstatierten Kindsbewegungen sistierten am 17. Oktober „mit einem Ruck", wie Pat. angab. Von einer wegen der eklamptischen Erscheinungen einzuleitenden künstlichen Frühgeburt wurde wegen des trostlosen Zustandes der Frau Abstand genommen.

Status am 12. November: Pat. hat sich soweit erholt, daß sie ihren Geschäften nachgehen kann. Nur klagt sie über ein unangenehmes Gefühl von Schwere im Leib und über Übelkeit. Die Größe des Uterus entspricht einer Gravidität im 7. bis 8. Monat. Es sollen sehr häufig wehenartige Schmerzen auftreten. Auch soll Wasser abgehen.

Am 2. April 1901, 440 Tage nach der letzten Periode, kommt die Frau ins Spital und wünscht von ihrer Bürde befreit zu werden.

Status am 3. April 1901: Der Uterus läßt sich leicht durchtasten; der Fundus steht ca. 2 Handbreit unterhalb des

Schwertfortsatzes. Links im Uterus ist härtere Resistenz. Vorliegend ist ein harter Teil. Herztöne sind nirgends zu hören. Der äußere Muttermund ist für die Fingerkuppe durchgängig. Die Erweiterung der Cervix mit Metalldilatatoren mißlingt. Wegen der Gefahr der Infektion wird von weiteren Versuchen, den Foetus per vias naturales zu entfernen, Abstand genommen und zur Sectio caesarea geschritten.

Sofort nach Eröffnung des Cavum uteri ergießt sich eine braune, etwas dickliche, übelriechende Flüssigkeit. Der Foetus liegt in I. Steißlage. Herausnahme des Foetus und der Placenta, die eine lederartige, zähschmierige Beschaffenheit zeigt. Schluß des Abdomens. Pat. wird nach 25 Tagen geheilt entlassen.

Durch diese Sectio caesarea ist von neuem der Beweis erbracht, daß abgestorbene Früchte vom normalen Uterus abnorm lange retiniert werden können.

Fall X.

Goldenstein. Z. f. G. 1904, S. 826.

40 jährige VIII para gibt an, daß die Kindsbewegungen vor 3 Monaten plötzlich, nachdem Wehen aufgetreten und nach Verlauf von wenigen Stunden wieder sistiert hätten, aufgehört hätten. Den Beginn der Schwangerschaft kennt Pat. nicht. Während dieser 3 Monate fühlte sich die Pat. ganz gesund. Es bestand kein Ausfluß aus der Scheide. Sie wünscht nur von der Ungewißheit über ihren Zustand befreit zu sein. Früher will Pat. öfters Malaria gehabt haben, wofür auch die abnorm große Milz spricht.

Die äußere Untersuchung ergibt einen dem normalen Schwangerschaftsende entsprechend großen Uterus, die Kindsteile lassen sich deutlich palpieren. Muttermund für 2 Finger durchgängig. Steißlage. Mit Rücksicht auf die leichte Erweiterungsfähigkeit des Muttermundes wird sogleich zur Extraktion geschritten. Die Extraktion gelang ohne Narkose und unter absoluter Wehenlosigkeit. Die Frucht war hochgradig maceriert und hatte eine Länge von 51 cm. Die Placenta, ein nekrotischer, flacher Klumpen, fiel förmlich hinaus

nach Anwendung des Credé'schen Handgriffes. Keine Blutung.

Was diesen Fall besonders bemerkenswert macht, ist 1. der Umstand, daß eine ausgetragene Frucht im Uterus zurückbehalten wurde; 2. das Wohlbefinden der Frau während der Zeit der Retention der Frucht; 3. die Entfernung der Frucht unter absoluter Wehenlosigkeit; 4. das Fehlen jeder Blutung in der Nachgeburtsperiode, oder, besser gesagt, das Abgehen der trockenen Placenta.

Fall XI.

Honig (Strijen) Nederl. Tijdschr. von Geneesk. 1904, I. Nr. 21. Ref. Semmelink, Z. f. G. 1905, S. 669.

Eine Multipara glaubte im 7. Monate schwanger zu sein, spürte aber kein Leben und ihr Leib nahm nicht an Umfang zu, konsultierte deshalb Verfasser, der nichts finden konnte, als einen kindskopfgroßen Uterus. Weil Pat. gesund war, wurde abgewartet. Erst 3 Monate später (42 Wochen nach der letzten Periode) setzten starke Wehen ein und es wurde ein Ei von $9 \times 5 \times 3$ cm geboren; die Amnionhöhle war leer. Das Ei stank nicht. Mikroskopisch wurde tote Placentarmasse nachgewiesen. In der Placenta waren kleine Blutgerinnsel; sonst bei der gesunden Patientin keine aetiologischen Momente zu finden, namentlich keine Syphilis.

Fall XII.

E. Herz (Bzeszów), Wiener med. Wochenschrift 1905. Ref. Keitler (Wien) Z. f. G. 1905, S. 480.

Die 35jährige Nullipara heiratete im Herbst 1902. Die erwartete Menstruation blieb hierauf 13 Monate aus. Die ersten 3 Monate nach der Hochzeit Übelkeiten, Erbrechen. Am 18. November 1903 Schüttelfrost, Fieber, Unterleibsschmerzen. Die Ausräumung fördert eine kleinfaustgroße Fleischmole zutage. Im Mai 1904 wurde eine neuerliche Gravidität konstatiert.

Fall XIII. Idem.

Ein Fall von Missed labour.

Die betreffende Frau machte im Anschluß an eine

Entbindung im Februar 1900 einen schweren Puerperalproceß durch. Mehrere Monate nachher fand sich subinvolutio uteri mit Fixation nach hinten. Die Periode erschien noch ca. 4 bis 5 mal, um dann auszubleiben.

Anfang Januar 1902 soll die Frau wieder konzipiert haben. Am 20. September, ungefähr nach $8^1/_2$monatiger Gravidität, begannen Wehen, die bald sistierten. Die nächsten Monate verliefen ohne Schmerzen, und die Frau, die eine Verkleinerung des Abdomens wahrnahm, ging ihrer Arbeit nach. Am 23. April 1903 plötzlich starke wehenartige Schmerzen. Verf. konstatierte einen Uterus in der Größe einer 8 monatigen Gravidität. Die Cervix für einen Finger durchgängig, die Frucht in Steißlage. Nach Kolpeuryse und Hystereuryse Extraction einer $43^1/_2$ cm langen, vollständig mumificierten Frucht. Das Fruchtwasser fehlte vollständig. Die Expression der Placenta, die nach 2 Stunden noch nicht gelöst war, mißlang; der Uterus, der absolut nicht blutete, war ganz schlaff und reichte zwei Finger über den Nabel. Die manuelle Placentarlösung förderte einen ganz flachen, trockenen Kuchen zutage und ging sehr leicht vor sich. Der Wochenbettsverlauf war glatt.

Es scheint, daß in diesem Falle der Uterus nach durchgemachtem, pelveoperitonitischem Exsudate so feste Verbindungen mit den Organen der Bauch-Beckenhöhle eingegangen war, daß erstere ihn am Herabsteigen und Kleinerwerden sehr behinderten und das Zustandekommen von ausgiebigen Wehen ausschlossen.

Fall XIV.

Plaut, Leipzig. Deutsche med. Wochenschrift 1906, S. 1159.

30 jährige VI gravida. Letzte Regel Anfang Juni 1899. Das übliche Zeichen, das sie bei sämtlichen Schwangerschaften gehabt, gesteigerte Eßlust, sei auch diesmal aufgetreten, aber nach etwa $3^1/_2$ Monaten wieder geschwunden. Im Oktober sei sie einem Eisenbahnzug angestrengt nachgelaufen, sodaß sie sich mehrere Tage krank fühlte. Seitdem bestehe geringere Eßlust, und der Leib werde nicht stärker. Sonst keinerlei Beschwerden. Verf. fand die Ge-

bärmutter dem 4. Schwangerschaftsmonat entsprechend vergrößert, Fundus etwa in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Portio erhalten; keine foetalen Herztöne. Gleicher Befund am 29. Dezember. Ende Januar 1900 etwas Blutabgang. Am 5. Februar setzte die Entbindung mit leichten Wehen und leichter Blutung ein. Ich exprimierte ohne Mühe das vollständige Ei. Wie ein Paket von der speckig-fibrösen Placenta eingeschlossen, enthielt es, etwa gänseeigroß, den wohlerhaltenen, plattgedrückten, mumificierten Foetus ohne Fruchtwasser; das Alter entsprach dem 3. bis 4. Monat. Am 6. Tage Blutung, weshalb Verf. Abrasio vornahm. 1½ Jahre später hat Pat. ein lebendes reifes Kind ohne Arzt geboren.

Fall XV. Idem.

28 jährige VII para. Früher stets gesund. Keine Zeichen von Syphilis. Verf. wurde am 14. Juni 1905 wegen heftiger Blutungen und Ohnmacht nach Geburt eines mumificierten, von Eihüllen eng umschlossenen, ca. 5—6 Monate alten Embryos gerufen. Letzte Menses waren am 25. September 1904. Am 18. November 1904 auf dem Abtritt Blutabgang aus der Scheide nach vorausgegangener Mißhandlung seitens des Ehemannes. Seitdem zeigte sich fortwährend etwas Blut oder Matsch. Fruchtbewegungen Ende Februar oder Anfang März, nur etwa 8 Tage lang. Von da ab Dünnerwerden des Leibes und Abschwellen der Brüste. Sonst Wohlbefinden bei der Arbeit. Den gleichen Vorgang hatte die Frau im Jahre vorher an sich beobachtet, nur mit siebenmonatiger Tragzeit.

Das mikroskopische Praeparat der speckschwartenähnlichen Placenta, die das Bild bindegewebiger Nekrose zeigt, ergibt den gewöhnlichen Befund: derbfibröses, nekrotisches Gewebe nach der Decidua basalis zu, wohlerhaltene Zotten mit Epithel in der Nähe der Chorions.

Fall XVI.

Littauer, Leipzig. Z. f. G. 1906, S. 1121.

Verf. demonstriert das Praeparat eines mumificierten Foetus des 3.—4. Schwangerschaftsmonates, welcher 2½

Monate in utero abgestorben zurückgehalten war. Der Fall war 2 Monate vor Ausstoßung von L. richtig diagnosticiert worden, während von anderer Seite die Diagnose Myom gestellt worden war.

Fall XVII. Idem.

Praeparat eines Foetus im III. Monat, welcher knapp 14 Tage abgestorben, retiniert worden war. Beginnende Skelettierung deutlich, besonders an den Rippen der rechten Thoraxseite. Hier liegen die Knochen völlig entblößt von Weichteilen dar.

Fall XVIII.

B. Weisberg (Gazeta lekarska 1905) Ref. Z. f. G. 1906, S. 1426.

24 jährige Nullipara wurde vor 6 Jahren gravid. Anfang des 8. Schwangerschaftsmonates Unterleibsschmerzen, Erbrechen, Blutung, nach 3 tägiger Bettruhe Besserung. Die Frau wurde allmählich arbeitsfähig, jedoch wiederholten sich die Leibschmerzen alle 2—3 Wochen. Eine Geburt erfolgte nicht, dafür trat nach ½ Jahre die Menstruation auf, anfangs in 8-, dann in 6-, endlich in 4-wöchentlichen Pausen, stark, Dauer 5—7 Tage.

Seit 1 Jahre bestand eitriger Ausfluß aus der Scheide. Vor 1 Monat ist in der Nabelgegend eine Fistel durchgebrochen, aus deren Öffnung Eiter profus sich entleerte, während gleichzeitig die Sekretion aus der Vagina sistierte. Pat. sucht deswegen das Spital auf. Bei der Aufnahme findet man einen unbeweglichen, harten Tumor, von glatter Oberfläche aus dem Becken hervorragen; seine Kuppe reicht vier Querfinger oberhalb des Nabels. Eine durch die Nabelfistel wie auch durch die Cervix eingeführte Sonde stößt auf rauhen Knochen an. Bei Druck auf den Tumor hört man Krepitation. Selbiger erweist sich auch bei combinierter Untersuchung als ein gravider, mit den Bauchdecken verwachsener Uterus.

Laparotomie. Entfernung der lose liegenden, von Periost entblößten Kindsknochen aus der Uterushöhle, Tamponade, Heilung nach 4 Wochen.

Dieser Fall wurde im Jahre 1897 in Warschau, im Spital Kindlein Jesu, beobachtet. 1 Jahr darauf war die Kranke wieder gravid, bereits im 8. Monat. Die Frucht war wieder tot. Sie wurde durch Kaiserschnitt in der alten Narbe entbunden.

Fall XIX. Idem.

35jährige VI para, im 4. Schwangerschaftsmonat, erkrankt nach einer Wagenfahrt unter Leibschmerzen. Um die Mitte der Schwangerschaft fühlt sie keine Kindsbewegungen. Vom 6. Monat an wiederholen sich in unregelmäßigen Pausen Schmerzanfälle und Blutungen. Am normalen Schwangerschaftsende wird eine 12 cm lange Frucht männlichen Geschlechts geboren, Placenta wurde 2 Tage darauf digital gelöst.

Fall XX.

A. Chvojka, Prag. Z. f. G. 1905, S. 1324. Missed labour bei Placenta praevia centralis. Ref. G. Mühlstein, Prag.

39jährige VI para, immer gesund. Am normalen Ende der Schwangerschaft Wehen, ohne daß es zur Geburt kam; dieselbe erfolgte erst am Ende des 12. Schwangerschaftsmonates.

Bei fast völlig verstrichenem Muttermunde bahnte sich die tote, 5 kg schwere Frucht einen Weg durch die Placenta; diese war ungewöhnlich groß; dünn und brüchig. Während der ganzen Schwangerschaft hatte keine Blutung bestanden, und zwar aus dem Grunde, weil sich das Collum nicht erweiterte, da die große Placenta die Entstehung des unteren Uterinsegmentes nicht gestattete und es infolgedessen nicht zu Schwangerschaftskontraktionen kam. Auch komprimierte der große Kopf die Placenta. Während der Geburt fand ebenfalls keine Blutung statt. Der Tod der Frucht, sowie der Mangel der Blutung dürften ihren Grund darin haben, daß der große Kopf die Placenta komprimierte und zur Atrophie brachte. Die Geburt erfolgte spontan; nur die Placenta mußte manuell entfernt werden; sie lag gelöst im Uterus und wurde nur durch den krampfartig contrahierten

Hals zurückgehalten. Das während der Geburt bestehende Fieber sank im Wochenbett, das normal verlief.

Fall XXI.

A. Wagner, Stuttgart. Z. f. G. 1906, S. 206. Demonstration eines Praeparates von missed abortion. Ref. O. Sarwey.

Das Praeparat zeigt sehr schöne subchorioidale Haematome. Es handelt sich um eine Veränderung des Eies, die Virchow als Decidua tuberosa bezeichnet und aetiologisch auf Syphilis zurückgeführt hat. Durch mehrfache Beobachtungen hat Ahlfeld festgestellt, daß dieselbe Erkrankung auch vorkommt, ohne daß Syphilis besteht. Ahlfeld hat die Benennung Endometritis decidualis tuberosa polyposa eingeführt. Auch in dem vorliegenden Fall ergaben sich keine Anhaltspunkte für Syphilis. Die Pat. hat 4 gesunde Kinder, hat außerdem allerdings viermal abortiert.

Fall XXII.

Rauscher, Leipzig. Z. f. G. 1906 S. 585. Demonstration eines Praeparates von missed abortion mit beginnender Blasenmolenbildung und subchorioidalen Haematomen.

Das Präparat stammt von einer 28 jährigen Frau, die nie ernstlich krank gewesen war und 3 lebende Kinder ohne Kunsthilfe geboren hatte, das letzte vor 3 Jahren. 10 Monate vor der Aufnahme in die Klinik letzte Periode in gewöhnlicher Stärke. Pat. glaubte sich in anderen Umständen, zumal anfangs Übelkeit und Erbrechen vorhanden war; indessen fiel ihr auf, daß die Anschwellung des Leibes nicht im Verhältnis zur Zeit der Schwangerschaft zunahm, und daß Kindsbewegungen gänzlich fehlten. 8 Tage vor der Aufnahme gelblich-blutiger Ausfluß; 2 Tage vor derselben mäßige Blutung, die sie veranlaßte, Aufnahme zu suchen.

Die Untersuchung ergab: Mammae ohne Colostrum, Vaginalschleimhaut livid verfärbt, aufgelockert. Muttermund geschlossen. Uterus antevertiert, reichlich kindskopfgroß, auffallend im Längsdurchmesser entwickelt, Konsistenz vermindert. Kein Blutabgang. Die Behandlung war zunächst exspectativ. 4 Tage nach der Aufnahme ging abends etwas

Blut ab. Nachts setzten Wehen ein, und frühmorgens, als Pat. auf dem Schieber saß, erfolgte Abgang des gesamten Eies, das sich sehr stark verändert erwies. Beim Aufschneiden des ziemlich gleichmäßig in schwartige, derbe Masse verwandelten Eies entleerte sich trüb-seröse Flüssigkeit. Von einem Foetus war nichts sichtbar. Die Innenseite des Praeparates zeigt zahlreiche, kirschkern- bis kleinwallnußgroße, teils breit aufsitzende, teils dünngestielte Tumoren, die, von Chorion überzogen, in das Eilumen vorspringen und sich auf dem Durchschnitt als Haematome erweisen. An der schwartig degenerierten maternalen Seite des Präparats sieht man vereinzelte stecknadelkopf- bis erbsengroße Blasen. Die mikroskopische Untersuchung hier durchgelegter Schnitte ergibt analoge Befunde, wie sie Marchand bei beginnender Blasenmolenbildung beschreibt.

Fall XXIII.

Mond, Hamburg. Z. f. G. 1906, S. 637.

Bei der Pat. war die Periode knapp 4 Monate ausgeblieben. Seit etwa 3 Wochen traten dann und wann leichte Blutungen auf. Der Uterus entsprach an Größe etwa der 10. Woche. Es kam zur Ausstoßung des ganzen Fruchtsackes, der eine große Wasserblase darstellte, in dem die verkümmerte, geschrumpfte, etwas über 1 cm lange Frucht flottierte. Als wahrnehmbares Zeichen der Eierkrankung sieht man sehr hübsch subchoriale Flüssigkeitsansammlungen, Erhebungen bis zu Bohnengröße. Die Nabelschnur ist torquiert und stellenweise oedematös aufgetrieben.

Fall XXIV.

Plaut, Leipzig. Z. f. G. 1907, S. 153.

36jährige VI para. 5 Kinder, wovon 3 leben; kein Abort, keine Zeichen von Syphilis. Letzte Menses Weihnachten 1905. Anfang April 1906 beim Umzug große Anstrengung. Sofort darnach plötzlicher Frost, sodaß 1 Tag Bettruhe nötig. Dann noch 2—3 Tage Mattigkeit. Seitdem wurde der Leib nicht stärker. Keine Kindsbewegungen; Wohlbefinden. Am 7. Juli 1906, gerufen wegen Blutab-

ganges seit 2 Tagen, fand Verf. Uterus dem 4. Schwangerschaftsmonat entsprechend.

Diagnose: Missed abortion. Am nächsten Tage entfernte P. leicht ohne besonderen Blutverlust das Präparat. Folgenden Tages eine nicht unbedeutende Blutung, die von selbst stand. — Die Frucht ist etwa 4 Monate alt, mumificiert; die Placenta mit starken subchorialen Haematomen bietet das gewöhnliche speckig-fibröse Aussehen.

Erwähnenswert ist, daß auch in diesem Falle ein Trauma (Überanstrengung beim Möbelräumen) als aetiologisches Moment vorliegt.

Fall XXV.

Max Nassauer, München. A. f. G. Bd. 82.

In diesem Falle begab sich die betreffende Frau in ärztliche Behandlung, um von ihrer Ungewißheit über ihren derzeitigen Zustand befreit zu werden. Sie hielt sich seit Monaten gravid, wurde aber zweifelhaft, da sie niemals Kindsbewegungen verspürte. Im Anschluß an eine Sondierung des Uterus wurde das seit Monaten abgestorbene und retinierte Ei als Fleischmole geboren.

Fall XXVI.

Zacharias, Bamberg. Münchener Med. Wochenschrift 1907, Nr. 49.

40 jährige III para, welche vor 2 Jahren zum letzten Male entbunden hatte und neuerdings 7 Monate amenorrhoisch war. Nach 4 Monate dauernder Amenorrhoe trat eine leichte Blutung ohne Katastrophe ein: seit dieser Zeit bräunlicher Ausfluß, Übelbefinden, Abmagerung.

Die Untersuchung ergab einen vergrößerten, etwa faustgroßen Uterus, nicht sehr weich, von verschiedener Konsistenz, von vorn nach hinten abgeplattet.

Diagnose: Missed abortion

Nach Einlegen einer Tarnier'schen Blase Spontangeburt des ganzen Eies. Das Ei entspricht etwa dem 3.—4. Monat. Es zeigt dicke Blutschwarten um seine Hüllen und zahlreiche subchoriale Haematome. Fruchtwasser war noch vorhanden. Die offenbar ganz frühzeitig abge-

storbene Frucht war plattgedrückt und 17 mm lang, an den Augenpunkten gut erkennbar. Die Frau war mit der Diagnose Extrauterinschwangerschaft in die Klinik gesandt worden.

Eigene Fälle:

Fall I.

Frau L. E., 33 J., aus U., ist seit 9 Jahren verheiratet. Zwei normale Geburten. Letzter Partus vor 4 Jahren. Im Juni 1892 ein Abort im III. Monat. Letzte Periode im September 1892. November und Dezember desselben Jahres treten die Menses nur spurweise auf. Bis Ende März 1893 hat Pat. ein Stärkerwerden des Leibes und ein Anschwellen der Brüste wahrgenommen. Anfang März wurden die ersten Kindsbewegungen verspürt. Am 25. März traten kolikartige Schmerzen auf. Die Kindsbewegungen waren an diesem Tage sehr heftig und wurden hiernach nicht mehr gefühlt. Seit diesem Tage fast immer Blutabgang.

Status: Der Uterus fühlt sich teigig an und entspricht der Größe nach einem Uterus im IV. Schwangerschaftsmonate. Herztöne sind nicht zu hören. In den Brüsten wenig Calostrum.

Therapie: 2. IV. Dilatation des Cervix nach Hegar. Die darauf folgende Ausräumung des Uterus, wobei einzelne kleine Kindsteile und auch eine Blasenmole entfernt werden, ist unvollständig. Deswegen werden mit Jodoformgaze umwickelte Tupelostifte eingelegt. In der folgenden Nacht heftige, wehenartige Schmerzen. Opiumsuppositorium.

12. IV. Als am Morgen die Tupelos entfernt werden, zeigt sich, daß auch jetzt der innere Muttermund nicht für den Finger passierbar geworden war. Daher wird mittelst Kornzange, Curette und scharfen Löffels zur Ausräumung geschritten. Entfernung reichlicher Blasenmolenteile, mazericrter Kindsteile und Decidua. Darauf Tamponade des Uteruscavum mit Jodoformgaze. Normaler Verlauf des Wochenbetts. Blutverlust gering.

Fall II.

Frau K. J., 33 J., aus D., wurde am 8. VII. 1893 in

die hiesige Frauenklinik aufgenommen. Als Mädchen hat sie an Bleichsucht, als Frau an Gebärmutterverlagerung (Retroflexio) gelitten. Menses zuerst mit 19 Jahren, dann alle 4 Wochen regelmäßig, 2—3 Tage dauernd, schwach, ohne Schmerzen. Zwei Geburten; die letzte vor 6 Jahren.

Letzte Periode Mitte Januar 93. Nach 5 Wochen noch einmal geringer Blutabgang. Seitdem viel Übelkeit, Erbrechen und Schwächegefühl. Anfangs Juni nachts plötzlich heftige Schmerzen im Kreuz. Tags drauf ging zuerst eine fleischige, übelriechende Masse und dann 2 Stunden lang ca. 1 l einer eiterähnlichen, dicken Flüssigkeit ab. Ausfluß bestand dann noch 3 Wochen lang. Seit 14 Tagen bestehen bei Pat. fast ununterbrochene Blutungen mit wehenartigen Schmerzen.

Status: Linea alba wenig pigmentiert. Scheidenschleimhaut und Portio bläulich verfärbt, Fundus uteri 3 Querfinger über der Symphyse. Kindliche Herztöne nicht zu hören. Bei der inneren Untersuchung fühlt man den Cervicalkanal geschlossen und den Uterus über kindskopfgroß. Es besteht Blutabgang.

Diagnose: Missed labour.

Therapie: Einlegen von Jodoformgaze in den Cervicalkanal. Scheidentamponade. Es werden dadurch keine Wehen angeregt.

9. VII. 9 h. abends. Nach Entfernung der Tamponade ist der Cervikalkanal soweit erweitert, daß man 3 Laminariastifte einlegen kann. Scheidentamponade.

10. VII. 93. Nachts vorher häufig Wehen. Am Morgen Untersuchung in Narkose: Der Cervicalkanal ist für einen Finger durchgängig. Man fühlt scharf den inneren Muttermund und darüber das schlaffe, untere Uterinsegment, welches nach oben deutlich von dem Contractionsring abgegrenzt wird. Auf der r. Uteruswand, ziemlich tief sitzend, fühlt man die Placenta. Im Cavum fühlt man durch Eihäute hindurch einen Foetus. Nach einigen Incisionen in die Portio wird zunächst die Placenta gelöst und herausgedrückt. Hierauf gelingt es erst, nachdem durch Fassen mit einer Hakenzange das Gehirn abgeflossen war, den

Foetus am vorliegenden Kopf zu extrahieren. Der Foetus hat eine Länge von 22 cm, ist blutig imbibiert, wenig mazeriert. Nach manueller Entfernung der zurückgebliebenen Eihaut- und Placentarreste Ausspülung des Uterus. Darauf Naht der Incisionswunden. Ergotin-Injektion.

19. VII. Corpus Uteri noch vergrößert und weich, retroflektiert. Inzisionswunden geheilt. Ergotin-Pillen.

21. VII. Auf Wunsch entlassen. Zur Behandlung der Retroflexio wiederbestellt

Fall III.

Frau D. K. aus O., 35 J. alt, wurde am 18. Februar 94 in die hiesige Klinik aufgenommen. Pat. hat 7mal geboren, einmal, vor 3 Jahren, einen Abort gehabt. Die Entbindungen waren leicht und ohne Kunsthilfe. Nur einmal trat unter der Geburt eine stärkere Blutung auf. Die letzte Entbindung war vor 1 ½ Jahren. Im letzten Wochenbett trat Fieber auf und lag Pat. circa 4 Wochen zu Bett. Die übrigen Wochenbetten verliefen ohne Complicationen. Pat. hat alle Kinder selbst genährt.

Die letzte Periode war Mitte Juni 1893. In den ersten Monaten nach dem Ausbleiben der Menses schwollen die Brüste an; der Leib nahm zu. Seit ungefähr 4 Monaten bemerkte Pat., daß der Leib nicht weiter zunimmt. Kindsbewegungen hat Pat. überhaupt nicht gespürt. Kurz vor Weihnachten trat eine geringe Blutung auf, die sich anfangs Januar noch einmal wiederholte.

Die unregelmäßig auftretenden Blutungen und die Ungewißheit über ihren jetzigen Zustand veranlassen die Pat., die Klinik aufzusuchen.

19. II. Befund: Der Uterus ist ungefähr dem 4. Schwangerschaftsmonat entsprechend vergrößert. Der Fundus steht etwa in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Die Portio ist erhalten. Der Muttermund geschlossen. Es besteht geringer blutiger Ausfluß. Foetale Herztöne sind nicht zu hören.

In leichter Narkose wird die Ausräumung vorgenommen. Ohne Mühe wird das vollständige Ei entfernt. Der Foetus ist von der speckig aussehenden Placenta eingeschlossen,

ungefähr faustgroß und mumificiert. Das Alter des Foetus entspricht dem 3.—4. Monat.

Tamponade, Ergotin subcutan. Glatte Heilung.

Fall IV.

Frau E. B. aus N., 42 Jahre alt, wurde am 22. Mai 1895 wegen abnormen Verlaufs der Schwangerschaft und heftiger Blutungen von ihrem Hausarzt in die hiesige Klinik geschickt.

Pat. ist seit 18 Jahren verheiratet, hat 8 mal geboren, zuletzt vor 3 Jahren. Sämtliche Geburten sollen normal, die Wochenbetten fieberfrei gewesen sein. Die Periode trat regelmäßig alle 4 Wochen ein, dauerte 4—5 Tage und war ohne Schmerzen. Die letzte Periode war am 15. Mai 1894. Von dieser Zeit an glaubt Pat. sich schwanger. Sie hat viel an Übelkeit, Speichelfluß u. s. w. gelitten. Als Pat. am Ende des VI. Monats keine Kindsbewegungen verspürte, ließ sie sich anfangs Dezember 94 vom Arzt untersuchen, der angeblich eine Schwangerschaft nicht festzustellen vermochte. In der Folge fühlte sich Pat. ganz wohl bis Anfang April 1895. Von dieser Zeit ab litt sie an häufigem Aufstoßen, Übelkeit, schlechtem Geschmack im Munde und hatte ein Gefühl von Schwere im Leibe. Zeitweise sollen auch geringe Mengen von Schleim und Blut abgegangen sein. Am 14. Mai wurde Pat. ganz plötzlich von einer starken Blutung überrascht, die erst nach eingetretener tiefer Ohnmacht zum Stehen kam. Angeblich soll mindestens 1 l Blut entleert worden sein. Am 18. d. M. traten heftige Unterleibskrämpfe auf, die nach Entleerung einer großen Quantität dünnen, weißfarbenen Blutes aufhörten. Seitdem besteht geringer, wässrig-blutiger Ausfluß.

Pat. leidet außerdem seit dem 2. Lebensjahre an einer plötzlich eingetretenen Lähmung des rechten Beines mit allmählich entwickelter sekundärer Kyphoscoliose der Wirbelsäule und Schiefstellung des Beckens. Seit circa 1 Jahre ist auch die Gebrauchsfähigkeit des linken Beines durch zunehmende Schwäche immer geringer geworden.

Status. Hochgradig anaemische, relativ alt aus-

sehende Frau. Scheidenschleimhaut aufgelockert. Der vergrößerte Uterus reicht bis 2 Querfinger unter Nabelhöhe, ist von kugeliger Form und mehr als kindskopfgroß. Tasterzirkelmaß vom oberen Ende der Cervix (intravaginal) bis zur Höhe des Fundus beträgt 13 cm. Die Konsistenz des Uterus ist eine derb elastische. Das untere, sich an den Cervix anschließende Segment fühlt sich weicher an. Der Finger dringt leicht durch den Cervikalkanal, dessen Schleimhaut reichliche, verdickte Follikel zeigt, und gelangt am os internum an eine den Uterus ausfüllende, weiche Resistenz. Deutliches Uteringeräusch. Die Brüste enthalten Colostrum.

23. V. 2 h. vormittags. Bereits 1 Stunde nach der Untersuchung haben sich Wehen eingestellt, die in der Nacht mit allmählich verkürzten Pausen an Heftigkeit rasch zugenommen haben. Seit 1 h. ist die Wehentätigkeit eine regelmäßige und energische. Die Wehen treten alle 2 Minuten auf und dauern eine volle Minute.

Pat. wird auf die Geburtshilfl. Station verlegt.

3 h. a. m. Eine erneute innere Untersuchung ergibt, daß der Muttermund etwa 1 markstückgroß ist. Im Muttermund fühlt man eine weiche Resistenz mit unebener Oberfläche.

Da eine nicht unbedeutende Blutung eingetreten ist, wird eine feste Tamponade der Scheide vorgenommen, nach vorhergegangener gründlicher Desinfektion derselben. (Scheidenspülung, Abreibung mit Sublimat). Die Blutung steht nicht. Die Tampons sind vollkommen durchblutet. Bei jeder Wehe wird aus den Tampons Blut ausgepreßt. Dieselben werden entfernt. Der Muttermund hat sich etwas erweitert. — Vorbereitung zur Ausräumung. Narkose. Querbett.

Mit 2 eingeführten Fingern gelingt die Losschälung sehr leicht. Die Herausbeförderung in toto scheitert jedoch an der Enge des Muttermundes und nur stückweise läßt sich der Uterusinhalt entleeren.

Gleich beim Beginn der Loslösung wurden 12—15 haselnußgroße Blasen entleert. Uterus nach der Entleerung gut zusammengezogen. Uterusspülung.

1. Juni. Normaler Wochenbettverlauf. Lochien sistieren. Uterus gut zurückgebildet. Entlassung.

Fall V.

Frau K. M., 38 Jahre alt, aus B., wurde am 24. Jan. 1897 wegen anhaltender Blutungen der hiesigen Klinik überwiesen.

Pat. hat 3 mal ohne Kunsthilfe geboren. Letzter Partus vor 13 Jahren. Die Wochenbetten verliefen normal. Die Menses traten regelmäßig alle 4 Wochen auf, anfangs 2—3 Tage anteponierend.

Die letzten Menses traten anfangs Juni 1896 auf. Dann sistierten dieselben bis zum 11. Dezember 96. Seit dem 11. Dezember bestehen Blutungen, die bis heute ununterbrochen fortdauern. Pat. nimmt an, daß sie schwanger sei. Nach dem Ausbleiben der Menses habe sie ein Anschwellen der Brüste und ein Stärkerwerden des Leibes wahrgenommen. Von Ende Oktober an soll aber der Leib wieder dünner und die Brüste wieder abgeschwollen und schlaffer geworden sein.

Status. Der Uterus liegt anteflektiert, ist von wechselnder Consistenz, meistens weich, mannsfaust- bis kleinkindskopfgroß. Der Cervikalkanal ist bis zum inneren Muttermunde für einen Finger durchgängig. An der vorderen Lippe bestehen Erosionen. Herztöne sind nicht zu hören. Es besteht blutiger Ausfluß aus der Vagina.

Diagnose: missed labour.

26. I. 07. In Narkose wird ein Tupelo eingelegt.

27. I. Da der Muttermund sich genügend erweitert hat, wird zur Ausräumung geschritten. Das Ei wird als ganzes zu Tage gefördert, ist morsch und brüchig und entspricht seiner Entwicklung nach ungefähr dem 3.—4. Monat.

Am 9. II. werden die Erosionen an der vorderen Muttermundslippe excidiert.

21. II. Entlassung. An der vorderen Lippe sind noch kleine Erosionen sichtbar.

Fall VI.

Frau K. G., 39 J., aus H., aufgenommen am 3. IX. 97.

Anamnese: 3. IX. Pat. hat 8 mal ohne Kunsthilfe geboren. Letzter Partus vor 2 Jahren. Menses bislang immer regelmäßig alle 4 Wochen, ohne Besonderheiten.

Letzte Regel im Februar d. J. Pat. hat jetzt Schmerzen im Unterleib und im Rücken, außerdem Urindrang. Zuweilen hat sie unter Frost- und Hitzegefühl zu leiden. Seit 8 Tagen bestehen Blutungen.

Status. Der Uterus ist ziemlich weich und vergrößert, etwa kindskopfgroß. Die Portio ist etwas blau verfärbt. Rechts Colostrum.

Diagnose: Missed labour.

4. IX. 97. Dilatation der Cervix durch Einführung eines Metreurynthers, der ohne Erfolg 8 Stunden liegt. Darnach Jodoformgazetamponade.

5. IX. Am Abend wird ein Tupelo eingeführt.

6. IX. Der Abends vorher eingeführte Tupelo wird entfernt. Nach Erweiterung mit Hegars Dilatatoren ist der Muttermund bequem für einen Finger durchgängig.

Es gelingt jetzt leicht, den etwa 8 cm langen Foetus zu extrahieren. Die Placenta wird teils mit Finger und Kornzange, teils durch die stumpfe Kurette entfernt.

12. IX. Reaktionsloser Verlauf. Entlassung.

Fall VII.

Frau D. U., 25 J., aus St., wird am 25. I. 98 aufgenommen.

Anamnese: Pat. ist seit 1 Jahre verheiratet. Die Menses traten zuerst mit 19 Jahren auf, waren niemals ganz regelmäßig, sondern öfters traten längere Pausen auf. Es vergingen 6—8 Wochen zwischen 2 Perioden. Außerdem traten wiederholentlich während der Menstruation Schmerzen auf. Die letzte Regel war Ostern 1897 (18. April).

Pat. hat jetzt ein Gefühl von Schwere im Unterleib. Sie ist sich über ihren jetzigen Zustand im Unklaren. Sie glaubte sich anfangs schwanger. Jetzt zweifelt sie daran und will deswegen in hiesiger Klinik sich Klarheit verschaffen.

Status: Der Uterus liegt in Anteflexion, ist vergrößert. Blutung besteht nicht mehr. Aus dem geöffneten Muttermund ragt ein circa wallnußgroßer Tumor, mit glatter Oberfläche hervor. Die glatten Muttermundslippen umschnüren den Tumor, der sich nach oben in den Cervix weiter fort-

setzt. Im Spekulum ist der Tumor als unterer Pol eines Ovums zu erkennen. Bettruhe.

27. I. 99. Abends vor der geplanten klinischen Demonstration unter erheblichem Blutabgang spontane Ausstoßung des intakten Eies. Dasselbe ist äußerst morsch und brüchig, von hellgrauer Farbe und scheint längere Zeit ohne Weiterentwicklung im Uterus retiniert gewesen zu sein. Auf dem Querdurchschnitt ist in der Amnionhöhle der intakte Embryo zu sehen.

Das Präparat kommt in die Sammlung.

28. I. Spontaner Abgang der Decidua vera in einem Stück.

Secale. Karbolscheidenspülung.

3. II. Uterus gut zurückgebildet. Muttermund geschlossen. Kein Blutabgang mehr. Entlassung.

Fall VIII.

Frau Elise H. aus A., 38 Jahre alt, wurde am 15. IV. 98 aufgenommen.

Anamnese: Pat. hat mit 25 Jahren geheiratet und 3 Geburten gehabt, die sämtlich mit Kunsthilfe beendigt werden mußten. 1. Partus: Forceps. 2. Partus: manuelle Lösung der Placenta. 3. Partus: Zwillinge, wovon der erste tot war.

Erste Periode mit 18 Jahren, dann regelmäßig vierwöchentlich, ohne Beschwerden.

Letzte Periode Anfang Oktober 1897.

Pat. hat jetzt Blutungen mit zeitweise wehenartigen Schmerzen. Schon anfangs Januar bis anfangs Februar hat Pat. unter andauerndem Blutabgang gelitten.

Status: In der Vagina reichlich flüssiges Blut. Uterus befindet sich in Anteflexion, ist dem 3. Schwangerschaftsmonat entsprechend vergrößert, weich, aber von wechselnder Consistenz. Der Cervikalkanal ist bis zum inneren Muttermund für einen Finger durchgängig. Aus dem äußeren Muttermund sieht ein kirschgroßer, blauschwarzer, cystischer Körper hervor. (Amnionblase?).

Tamponade des unteren Uterussegments und der Scheide mit Jodoformgaze.

16. IV. Cervikalkanal und innerer Muttermund lassen den Zeigefinger bequem passieren. In der weiten Uterushöhle sitzt links oben, unterhalb des Tubenwinkels, anscheinend ein Placentarrest. Derselbe läßt sich mit dem Finger leicht losschälen. Nach der Entfernung in toto zeigt sich, daß es ein Ei in der 6.—7. Schwangerschaftswoche ist. Das Ei hat Taubeneigröße. Das Chorion ist bereits in Chorion frondosum und Ch. laeve differenziert. Placenta-Anlage ist angedeutet. Das Chorionzottengewebe sieht bis zum Bereich der Placentaranlage weiß und höckerig aus und fühlt sich hart an, wie in der reifen Placenta die weißen Infarkte. Die Decidua ist vollständig ausgestoßen, nicht verdickt. Im Amnionsack, der eine kleine Öffnung hat, liegt ein circa $1^1/_2$ cm langer Foetus, dessen Extremitäten-Stümpfe gerade angelegt sind. Auf der der Eihöhle zugewandten Fläche des Amnion finden sich feine rotbraune, sandkornähnliche Prominenzen, die sich nicht abwischen lassen, sondern mit dem Amnion in festere Verbindung getreten sind.

Das Präparat wird für die Sammlung aufgehoben.

Fall IX.

Frau E. K., 27 J., aus G., wurde am 19. Januar 99 von ihrem Hausarzt wegen drohenden Aborts in die hiesige Klinik geschickt.

Anamnese: Menses früher regelmäßig und stark. Letzte Menses Mitte Oktober. Im September waren nach mehrmonatlichem Verschwinden der Menses Blutungen aufgetreten, die ungefähr drei Wochen anhielten.

1 Partus vor einem Jahre, Dammriß. Wochenbett normal. Pat. stillte 4 Monate selbst, mußte dann aber das Kind wegen Bluthustens absetzen.

Ende der vorigen Woche traten wieder Butungen auf, die jedoch bei Bettruhe sistierten. Gestern traten dieselben von neuem auf.

Status: 19. I. 99. Uterus dem 3.—4. Monat der Gravidität entsprechend vergrößert. Aus dem äußeren Muttermund wölbt sich wallnußgroß die Eiblase vor.

Tamponade.

20. I. Demonstratio clinica. Evacuatio. Nach 2 seitlichen Incisionen in den äußeren Muttermund kann ein Finger in die Uterushöhle dringen. Es wird leicht eine dem III. Monat entsprechende macerierte Frucht herausbefördert. Lösung der sklerosierten Placenta.

Extraktion mit der Abortzange. Die Placenta ist größer als der Größe der Frucht entsprechen würde, und weist subchoriale Haematome auf. Glatte Heilung.

Fall X.

Frau L. K., 38 J., aus U., wird am 16. IV. 99 von ihrem Hausarzt unter der Diagnose „habituelle Blasenmole" in die hiesige Klinik geschickt.

Anamnese: Pat. hat 8 Geburten gehabt. 7 davon verliefen spontan. Bei der letzten Geburt war Kunsthilfe nötig (Placenta praevia; Kind lebt). Außerdem sind angeblich zwei Gewächse aus der Gebärmutter abgegangen. Das erste Gewächs wurde in der Zeit zwischen der 7. und 8. Geburt vor 3 Jahren, das zweite im vergangenen November geboren. Die letzte Periode war am 18. Januar 1899. Vor dem 18. Januar war die Regel nur zweimal regelmäßig erschienen. Vor 3 Wochen stellten sich Blutungen ein, die innerhalb 14 Tagen 4 mal auftraten und jedesmal 1 Tag und 1 Nacht dauerten.

Seit November vorigen Jahres (seit dem Abgang des letzten Gewächses) hat Pat. Schmerzen in der linken Seite, die bei der Periode zunahmen.

Status: Vagina weit. Schleimhaut nicht livide verfärbt. In den Brüsten Colostrum. Cervikalkanal ist vollständig geschlossen. Der Uterus befindet sich in Anteflexion, ist dem 3. Monat entsprechend vergrößert, mit charakteristischer Verbreiterung des Corpus über den Tubenwinkeln. Consistenz im ganzen ziemlich weich, wenn auch nicht cystisch, das Organ selbst aber ziemlich glatt.

26. IV. Einlegen eines Tupelos nach vorhergegangener Dilatation des Cervikalkanals.

27. IV. Der Cervikalkanal ist für einen Finger bequem durchgängig.

Das Ei, das an der vorderen Wand, rechts oben sitzt, wird mit dem Finger abgelöst und mit der Kornzange in toto herausgezogen. Die Frucht entspricht ihrer Größe nach der 8. Woche und ist mazeriert, während die Placenta und die Eihäute weiter entwickelt sind und dem 3.—4. Monat entsprechen. Makroskopisch zeigt das Ei keine Degenerationserscheinungen, speziell keine myxomatöse Degeneration des Chorion.

Zu erwähnen ist noch, daß am 26. IV. beim Dilatatieren des Cervikalkanals und Einlegen eines Tupelos eine geringe Menge trüben Wassers abfloß, das vielleicht als Fruchtwasser angesprochen werden darf.

6. V. Da Pat. seit 3 Tagen Blutungen hat, erfolgt Abrasio.

10. V. Entlassung.

Fall XI.

Frau P. W., 28 J., aus M., wird am 6. XII. 99 aufgenommen.

Anamnese: Pat. hat 3 normale Geburten gehabt. Letzte Geburt vor $2^1/_2$ Jahren. Die letzte Periode war Ende April. Vom 10. Juli bis zum 10. August hat Pat. ununterbrochen Blutungen. Pat. hat jetzt wieder seit 3 Wochen profuse Blutungen.

Status: Nach Entleerung der Blase fühlt man das spitzwinklig anteflektierte, teigig weiche, verdickte Corpus uteri. Die Vergrößerung entspricht ungefähr dem II. Schwangerschaftsmonat (apfelsinengroß.) Im linken Parametrium fühlt man eine etwas empfindliche Narbenschwiele. — Plattes Becken von $10^3/_4$ Conj. diagonal.

7. XII. Erweiterung des Cervicalkanals mit Hegar'schen Dilatatoren und Einlegen eines Tupelos.

8. XII. Der Muttermund ist noch nicht soweit, daß man mit dem Zeigefinger eindringen könnte. Die Sondierung ergibt $10^1/_2$ cm.

Nun werden mit der stumpfen Kurette große verfettete Deziduastücke herausbefördert, dann mit der Kornzange das Ovum als ganzes, nachdem es gelöst, herausbefördert.

Die nun folgende Abrasio bringt noch einen großen Fetzen verfetteter Decidua zu Tage. Mäßige Blutung.

Darnach Uterusspülung, Tamponade.

9. XII. Blutiger Schleim. Secale.

18. XII. Entlassung.

Fall XII.

Frau A. L., 33 J., aus K., wurde am 26. IV. 01 aufgenommen.

Anamnese: Pat. hat 4 Geburten gehabt. Die beiden ersten waren normal. Die 3. Geburt erfolgte 8 Tage ante terminum; Kind tot. Die letzte Geburt vor 5 Jahren mußte durch Kunsthilfe beendigt werden.

Die Periode war früher immer regelmäßig und dauerte gewöhnlich 5 Tage. Die letzte Periode war am 10. Dezember 1900.

Vor einem Jahre wurde neben dem Uterus eine Geschwulst konstatiert, die damals hühnereigroß war.

Seit 4 Wochen hat Pat. ununterbrochen Blutungen. Das abfließende Blut war die letzte Zeit etwas bräunlich.

Status: Ein mehr als kindskopfgroßer Tumor, der der rechten Bauchseite angehört, läßt sich ruckweise vom Beckeneingang nach oben hin verschieben. Die Linea alba ist sehr wenig verfärbt. An den Brüsten sind keine prominenten Drüsen zu entdecken. Auch läßt sich kein Colostrum hervordrücken, das sich vor 2 Monaten von selbst tropfenweise entleert haben soll.

Untersuchung in Narkose: Starke Schwellung der Haemorrhoidalvenen. Aus der Scheide fließt bräunlich- blutige Flüssigkeit. Das Corpus Uteri ist ungefähr faustgroß verdickt und von wenig derber Consistenz. An das Corpus schließen sich rechts nur mäßig verdickte Anhänge. Links läßt sich eine Verdickung der Adnexe nicht feststellen.

Der bewegliche Tumor, der durch die Bauchdecken zu fühlen ist, erscheint in Narkose kleiner. Mit den Beckenorganen scheint er nicht in Zusammenhang zu stehen. Er läßt sich bis unter den linken Rippenbogen zurückdrängen. (Ren mobilis?)

Sondenlänge, von der hinteren Muttermundslippe an gerechnet, beträgt $12^1/_2$ cm.

Durch den inneren Muttermund dringen dünne Dilatatoren nur mit Mühe durch. Sie finden Widerstand an einer erbsengroßen, polypenartigen Erhebung. Weil der Muttermund für den Finger undurchgängig ist, wird mit der Kurette eingegangen. Es erscheinen verdickte Eihautfetzen. Beim weiteren Kurettieren entleert sich plötzlich Liquor Amnii. Mit der Kornzange gelingt es nun, die Placenta mit Eihäuten, sowie einen mazerierten, zerstückelten Foetus zu entfernen. Darnach wird nochmals mit Kurette und scharfem Löffel eingegangen.

Ausspülung des Uterus. Blutung steht.

Einlegen von Jodoformgaze. Ergotin. Prießnitz.

Die Sondenlänge beträgt nach der Ausräumung $10^3/_4$ cm. Die entfernten Massen machen ohne Liquor Amnii etwa die Größe eines Gänseeies aus.

Fall XIII.

Frau E. N., 32 J., aus St., wurde am 27. X. 02. aufgenommen.

Anamnese: Pat. hat 4 Geburten gehabt. 1. Geburt normal. Darauf 1 Abort. 2. Geburt normal. 3. Frühgeburt, Kind totfaul. 4. Geburt, Juli 1897, normal. Kind starb nach 8 Tagen.

5 Wochen nach der letzten Geburt (31. August 1897) wurde in hiesiger Klinik ein Placentarpolyp entfernt.

Die Menses waren sehr oft unregelmäßig; in der ersten Zeit traten sie alle 6—8 Wochen, später meistens alle 5 Wochen auf. Seit der letzten Geburt ist die Periode besonders unregelmäßig gewesen. Im letzten Halbjahr hat sie immer nur schwach gezeichnet.

Letzte Periode, angeblich vor 4 Wochen, war sehr schwach. Pat. fühlt sich nicht gravid. Seit 14 Tagen kommen unregelmäßige Blutungen. Dabei bestehen Schmerzen im Rücken.

Status: Blutiger Fluor. Durch die schlaffen Bauchdecken läßt sich ein apfelsinengroßer Tumor rechts oberhalb der Symphyse abtasten. Introitus vaginae nicht livide ver-

färbt. Dagegen ist die vordere Muttermundslippe verfärbt. Der beschriebene Tumor entspricht dem Corpus uteri. Die Consistenz ist von mittlerer Härte, die Oberfläche glattwandig. Der Uterus ist frei beweglich. Die rechten Adnexe entspringen seitlich nahezu in Höhe der Kuppe, die linken Adnexe weiter nach hinten, circa $1^1/_2$ Querfinger unter der Kuppe.

Der Muttermund ist geschlossen.

Rechts wenig Colostrum.

29. X. Der Tumor fühlt sich heute etwas kleiner und weicher, aber immer noch härter als ein gravider Uterus an.

30. X. Dilatation nach Hegar.

Bei der folgenden Austastung kommt man an einen Pol, der mittelhart ist und einem Gebilde angehört, das der Uteruswand fest anliegt.

Die Ablösung von der Uteruswand gelingt nur schwierig, da feste Verwachsungen bestehen. Entfernung der Reste mit Abortzange. Darauf Kurettement mit stumpfer Kurette. Uterus sehr schlaff. Heiße Irrigationen. Ergotin.

Das herausbeförderte Gebilde macht den Eindruck eines missed abortion.

Mikroskopischer Befund: Decidua und Zotten sind mit Fibrin und Blutgerinnseln vermengt. Eihöhle leer.

Am 1. Tage post operationem Temperaturanstieg bis 38,4. Von da an reaktionsloser Verlauf.

7. XI. Uterus in Anteflexion.

Pat. wird geheilt entlassen.

Fall XIV.

Frau E. R., 36 J., aus K., wurde am 18. V. 03 aufgenommen.

Anamnese: Pat. hat 6 Geburten gehabt. Bei der 5. Geburt trat Wochenbettfieber auf. Außerdem hatte Pat. 2 Aborte, beide 1901, im Juni und November. Nach dem 1. Abort in hiesiger Klinik Abrasio.

Periode früher regelmäßig alle 4 Wochen, 6—7 Tage dauernd, stark, ohne Schmerzen. Seit den Mißfällen ist die Periode unregelmäßig, anteponierend, meistens länger als 8 Tage anhaltend, mit Schmerzen im Leib.

Im Mai 1902 war Pat. in hiesiger Poliklinik wegen Retroflexio in Ringbehandlung. Der Uterus war damals von normaler Größe; die Adnexe waren frei.

Die letzte Periode war anfangs November 1902. Mitte April 1903 stellte sich Pat. in hiesiger Poliklinik vor, weil sie sich schwanger fühle, aber noch kein Leben verspüre. Corpus uteri ist vergrößert, etwa einer Gravidität Ende des III. Monats entsprechend. Die Brüste sollen in den ersten 3 Monaten stärker geworden sein. Colostrum nicht vorhanden. 5 Tage nach der Untersuchung 3 tägige, geringe Blutung. Nach 3 Wochen 2 tägige Blutung ohne Abgang von Klumpen. Pat. hat bis heute noch kein Leben verspürt.

Status: Leichte livide Verfärbung von Scheide und Portio. Portio straff. Uteruskörper faustgroß, deutlich cystisch weich, keine verstärkte Pulsation. Die teigige Eindrückbarkeit fehlt. Kein Colostrum.

19. V. 03. Demonstratio clinica. Narkose.

Diagnose: missed abortion.

Da keine Veranlassung zur Entfernung des retinierten Eies besteht, so wird Pat. wieder entlassen.

10. VI. 03. Wiederaufnahme.

Uterus cystisch weich. — Colpotomia anterior. Breiter Querschnitt oberhalb der Portio; glatte Abschiebung der Blase. Längsincisionen in die vordere Cervixwand, circa 7 cm lang, wobei unabsichtlich das Peritonaeum eröffnet wird. In Höhe des inneren Muttermundes starke venöse Blutung aus der rechten Incisionswunde. Eine Fruchtblase wird sichtbar und eröffnet, worauf ein pergamentartiger Foetus herausschlüpft. Entfernung der Placenta mit Abortlöffel. Beim nochmaligen Eingehen wird eine zweite Fruchtblase entfernt mit separater Placenta, Amnion und Chorion. Der Fruchtsack ist intakt und wird vorsichtig geöffnet. Ein Foetus findet sich nicht darin, auch keine Andeutung. Der erste Foetus hat amniotische Bänder, die von beiden Händen und beiden Füßen zur Nabelschnur gehen. Die Nabelschnur ist auffallend kurz und stark torquiert, hat velamentöse Insertion.

Naht der vorderen Colpotomie. Scheidennaht. Blutung steht.

Am Abend ziemlich reichlicher Blutabgang. Heiße Vaginaldouchen.

Am 2. Tage post operationem 38,2. Sonst ganz normaler Verlauf.

19. VI. Entlassung.

Fall XV.

Frau Chr. M., 28 J., aus P., wurde am 9. VII. 03 aufgenommen.

Anamnese: Pat. hatte 4 Geburten. Letzte Geburt vor 3 Jahren.

Periode früher alle 4 Wochen regelmäßig, 8 Tage dauernd, mittelstark. Letzte Periode Ende Oktober 1902. 9 Wochen darauf traten geringe Blutungen ein, die 8 Tage lang dauerten. Der Ausfluß war dabei blutig schleimig. Am 18. Mai kam Pat. wegen blutig schleimigen Ausflusses in die poliklinische Sprechstunde. Hier wurde folgender Befund festgestellt: Livide Verfärbung von Introitus und Scheide. Uterus in Retroflexion, ist aufs doppelte vergrößert, weich. In den Brüsten Colostrum. Anfangs Juni kam eine sehr starke Blutung, die einige Tage dauerte und gestern, am 8. Juni, am stärksten war.

Status. 9. VII. Livide Verfärbung von Scheide und Portio. Uterus retroflectiert; Portio aufgelockert, Uterus cystisch weich, fast aufs doppelte vergrößert, mit deutlichem Contraktionswechsel. Adnexe frei. Colostrum beiderseits.

13. VII. Narkose. Status idem.

Dilatation mit Hartgummistiften. Da der Widerstand des inneren Muttermundes groß ist, werden Incisionen in denselben mit geknöpftem Messer gemacht.

Der austastende Finger fühlt jetzt am Fundus ein rundliches Gebilde, das seitlich überall frei abzutasten und nur mit der Kuppe adhaerent ist.

Mit der Abortzange gelingt es leicht, das Ei in 2 Teilen zu entfernen.

Decidua und Chorion sehen gelblich, nekrotisch aus. Eihöhle leer.

Keine wesentliche Blutung. Uterusspülung. Reaktionsloser Verlauf.

20. VII. Entlassung. Uterus in Retroflexion.

Fall XVI.

Frau M. W., 24 Jahre, aus H., wurde am 29. II. 04 aufgenommen.

Anamnese: August 1903 wurde in hiesiger Klinik ein Abort ausgeräumt.

Letzte Periode war am 11. November 1903. Seit Mitte Januar 1904 traten ständig Blutungen auf.

Status: Leicht anaemische Frau. Mäßig starker Blutabgang per vaginam. Portio gerissen, und zwar ein medialer tiefer Riß, wie nach Chrobak'scher Längsdiscision, und eine rechtsseitige Einkerbung. Corpus uteri anteflektiert, über faustgroß, sehr hart.

1. III, Aethernarkose. Schnelle Dilatation mit Hegar'schen Stiften.

Digitale Lösung großer Massen, welche brockenweis entfernt werden müssen und aus stark durchbluteten Eiteilen bestehen. Ein Foetus resp. Eihöhle kommen nicht zu Gesicht. Die stückweise Entfernung ist ziemlich schwierig. Die Blutung dabei mäßig. Darauf Abrasio mit der großen Abortkurette und Uterusspülung. Ergotin.

Mikroskopischer Befund: Es handelt sich um ein längere Zeit abgestorbenes und mit alten Blutungen durchsetztes Schwangerschaftsprodukt, in welchem vom Foetus nichts mehr zu erkennen ist.

6. III. Entlassung. Corpus noch vergrößert, hart, anteflektiert.

Fall XVII.

Frau K. R., 28 J., aus N.-P., aufgenommen am 14. VII. 04.

Anamnese: Pat. hatte 2 Geburten. Letzte Geburt Mai 1902, gemini.

Letzte Periode Mai 1903. November 1903 geringe Blutung, ½ Stunde dauernd. Mitte Januar 1904 nochmals geringe Blutung. Vom 12. bis 20. Juni starke Blutungen.

Am 20. Juni Abort. Das Schwangerschaftsprodukt war verhalten und wurde als missed abortion angesprochen. Das Präparat wurde der hiesigen Sammlung einverleibt.

21. VII. Aethernarkose. Uterus wenig, aber deutlich vergrößert, beweglich, liegt anteflektiert.

Abrasio mit geringem Ergebnis.

Fall XVIII.

Frau E. J., 27 J., aus H., wurde am 13. XII. 04 aufgenommen.

Anamnese: 2 Geburten. Kinder tot. Das erste Kind starb während der Geburt, war ausgetragen. (Januar 1901). Das zweite ausgetragene Kind starb 8 Tage ante terminum. (Febr. 1904). Zwischen beiden Geburten ein Abort im III. Monat, Januar 1903. 3 Monate darauf Abrasio in hiesiger Klinik.

Letzte Periode Mitte Mai 1904.

Am 13. XII. kam Pat. in die hiesige Klinik, um Gewißheit über ihren Zustand zu erlangen. Sie hält sich gravid, hat aber noch kein kindliches Leben gespürt. Außerdem träten jetzt Schmerzen im Unterleib und im Rücken auf, und der Geschmack im Munde sei ganz schlecht.

Status: Deutliche livide Verfärbung von Vagina und Portio. Corpus deutlich vergrößert, kugelig, hart. Cervix sehr dünn. Foetale Herztöne nicht zu hören.

Da keine Indikation zur Ausräumung besteht, wird Pat. entlassen.

Am 24. XII. Wiederaufnahme wegen Blutabgangs. Uterus in Anteflexion. Cervikalkanal geschlossen.

29. XII. Nach gehöriger Desinfektion von Introitus und Vagina Dilatation der Cervix mit Metalldilatatoren. Tamponade der Cervix mit Jodoformgaze. In der Nacht und am folgenden Tage spärliche Wehen. Temperatur normal. In der Nacht zum 31. XII. circa 2 Stunden lang Wehen mit geringem Blutabgang. Tamponade entfernt.

31. XII. 12 h. mittags. Dicker Laminariastift eingeführt, der nach 20 Stunden entfernt wird, nachdem 2 mal vorübergehend Wehentätigkeit eingesetzt hatte.

Am 2. I. 05. Jodoformgazetamponade. Keine Wehen.

3. 1. 05. Morgens Entfernung der Tamponade.

Mittags, 3 Uhr, wird kleiner, geigenförmiger Hystereurynther eingeführt und mit etwa 80 ccm 1 % Lysollösung aufgefüllt. Eine stärkere Füllung wird deswegen unterlassen, weil der Hystereurynther nicht bis in das Cavum uteri gelangt ist und deswegen eine Cervixruptur befürchtet werden muß. Außerdem war die Applikation sehr schmerzhaft.

4. I. 05. Gestern nachmittag und heute Nacht geringe Wehentätigkeit. Der Hystereurynther liegt in der Scheide. Der Cervikalkanal ist für einen Finger durchgängig. Nach gehöriger Vorbereitung und Einleitung der Aethernarkose wird die im Uterusfundus adhaerierende Placenta digittal gelöst und mit Abortlöffel herausgeholt. Vom Foetus ist nichts mehr zu entdecken. Abrasio mit geringem Ergebnis. Uterusspülung. Blutung steht. Ergotin.

10. I. Entlassung.

Uterus noch ziemlich groß, hart, liegt anteflektiert. Adnexe deutlich zu tasten. Links fühlt man an der Tube, etwa in der Mitte, eine knorpelharte Verdickung des ganzen Rohres, die etwa 2 cm lang ist. Die Verdickung ist unempfindlich und verschieblich. Ovarium beweglich.

Fall XIX.

Frau A. E. E, Hebamme, 34 J., aus P. wurde am 14. XII. 04 aufgenommen.

Anamnese: 7 Geburten; letzte vor 2 Jahren; 5 Kinder leben.

Letzte Periode Mitte Mai. Von Mitte August an soll das Weiterwachsen der Gebärmutter aufgehört haben, was Pat. selber an sich beobachtet hat. Auch hat sie niemals kindliches Leben verspürt. Deshalb glaubt sie, daß die Frucht abgestorben sei und kommt jetzt in die Klinik, sich dieselbe entfernen zu lassen.

Status: Fundus uteri in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Uterus deutlich cystisch. Portio nicht aufgelockert; ebenso Cervix ziemlich hart. Nirgends ausgesprochene livide Verfärbung. Uterus in Anteflexion.

Abends 7 Uhr Hystereuryse. Auffüllung des Ballons mit 225 cbcm 1% Lysollösung.

In der Nacht mäßige Wehen. Am Morgen lassen dieselben nach. Nachmittags zeitweise wieder Wehen. Schmerzen im Leib.

Abends 7 Uhr Ablassen von 80 cbcm Flüssigkeit. Anspannen des Schlauches. Es treten darnach kräftigere Wehen ein.

Morgens 5 Uhr wird das Ei in toto geboren. Das Fruchtwasser war schon fort.

Fall XX.

Frau E. S., 36 J., aus N., wurde am 3. X. 05 aufgenommen.

Anamnese: Pat. kommt wegen Unterleibsschmerzen in die Klinik. Sie ist wegen Retroflexio in Ringbehandlung

Letzte Periode Ostern 1905 (23. April). Bei den früheren Menses hatte Pat. öfters Schmerzen.

Status: Uterus retroflektiert, leicht aufgelockert, zeigt aber sonst nicht die typischen Zeichen der Gravidität. Die Größe entspricht etwa dem II. Monat.

Die linke Bartholini'sche Drüse ist cystisch entartet. Die Cyste ist taubeneigroß.

4. X. Aethernarkose. Exstirpation der Cyste. Vernähen des Wundbettes.

In der Nacht vom 7. zum 8. X. spontane Ausstoßung eines noch gut erhaltenen, wenn auch äußerst foetide riechenden Foetus.

Placenta und Eihäute werden am 16. X. teils manuell, teils mit der großen Curette entfernt.

Eine zeitweilige Temperatursteigerung geht bald wieder zurück.

Sonst reaktionsloser Verlauf.

Entlassung.

Fall XXI.

Frau L. B., 39 J., aus P., wurde am 9. XII. 05 aufgenommen.

Anamnese: Die Menses haben angeblich nie aus-

gesetzt. Seit diesem Sommer hat Pat. starke Molimina menstrualia, besonders Schmerzen im Kreuz.

Wegen Scheiden-Prolapses sucht Pat. die Klinik auf.

Status: 11. XII. Aether-Narkose. Uterus befindet sich in Retroflexion, ist leicht beweglich und vergrößert. Portio bläulich verfärbt, weich.

Der Uterus wird vorgezogen und zur Evacuatio geschritten. Dilatation gelingt leicht. Die Abrasio ist unbefriedigend. Die entfernten Membranen künden Gravidität an. Darauf wird der Uterus aufgeschnitten (vorderer Prinzenschnitt), eine Unmenge Blut entleert, darunter viel schwarzer Cruor. Placenta braun, mißfarbig. Foetus schwarzblau, matsch.

Rasche Ausräumung. Uterustamponade. Massage. Blutverlust enorm. Puls 120. Ergotin 0,2. Sodann Colporrhaph. ant. und posterior, Dammplastik. Entfernung der Tampons. Heiße Scheidenspülung. Wiederum Tamponade.

12. XII. Tamponadenwechsel. Nochmals Ergotin 0,1.

28. XII. Reaktionsloser Verlauf. Entlassung.

Fall XXII.

Frau K. W., 31 J., aus B., wurde am 9. VII. 06 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 20. Jahre, regelmäßig alle 4 Wochen, 3—4 Tage dauernd, nicht stark, ohne Beschwerden. Vor einem Jahre blieb die Periode mal 3 Monate aus und trat dann regelmäßig wieder ein.

Zwei normale Geburten; letzte vor 3 Jahren. Vor 2 Jahren ein Abort im 3. Monat. Letzte normale Periode am 31. Oktober 1905. Im Dezember häufig Erbrechen und Ekelgefühl. Pat. fühlte sich gravid. Kindsbewegungen hat sie bisher nicht verspürt. Vor und nach Ostern geringe, einen Tag dauernde Blutung. Seitdem ein Gefühl von Schwere im Leibe.

Pat. befindet sich seit dem 7. V. in poliklinische Behandlung. Der entsprechend dem IV. Monat vergrößerte Uterus änderte bislang seine Größe nicht. Seit 6—7 Wochen besteht schleimiger Ausfluß. Dabei hat Pat. Schmerzen in der rechten Seite und im Kreuz.

Status: Uterus dem 4. Monat der Gravidität entsprechend vergrößert, weich. Cervikalkanal geschlossen. Adnexe ohne Besonderheiten. Foetale Herztöne sind nirgends zu hören. In beiden Brüsten Colostrum.

Diagnose: missed abortion. Behandlung: Operation. Dissectio uteri. Evacuatio. Querschnitt im vorderen Scheidengewölbe. Hochschieben der Blase. Mediane Spaltung der vorderen Cervixwand. Eine sich vorwölbende Fruchtblase wird eröffnet, worauf sich bräunliche Flüssigkeit entleert. Dann wird ein circa 4 Monate alter abgestorbener Foetus mit Placenta und Eihüllen entfernt. Der Foetus ist gut erhalten. Typisches Bild der Breus'schen Haematomole. Vernähung der Uterusspaltung und der vorderen Colpotomie. Abrasio. Uterusspülung. Geringe Blutung. Glatte Rekonvaleszens.

24. VII. Entlassung. Uterus gut zurückgebildet.

Fall XXIII.

Frau M. Z., 37 J., aus A., aufgenommen am 21. VII. 06.

Anamnese: Pat. hat mit 15 Jahren Typhus, mit 27 Jahren Lungen- und Rippenfellentzündung durchgemacht. Seit 4 Jahren leidet sie an intermittierender, plötzlich eintretender Klanglosigkeit der Stimme, zeitweise mit Schmerzen im Kehlkopf. Kein Husten, kein Auswurf.

Als Mädchen litt Pat. an Fluor albus. Periode stets regelmäßig alle 4 Wochen, 4 tägig, ohne Schmerzen. Letzte Regel Ende November 1906. 6 normale Geburten; letzte vor $3^1/_2$ Jahren. Das zweite Kind (10 Jahre alt) soll lungenkrank sein.

Pat. fühlt sich seit Ende November gravid. Kindsbewegungen glaubt sie Mitte April in geringem Maße verspürt zu haben. Am 15. April trat plötzlich ziemlich starke Blutung ein, ohne Abgang von Eiteilen. Seitdem blutet Pat. fast ununterbrochen in wechselnder Stärke und hat keine Kindsbewegungen mehr verspürt. In letzter Zeit zeigte das Blut gelbliche Beimengungen. Fieber ist nicht aufgetreten.

Status: Magere, anaemische Frau mit zeitweise ganz aphonischer Stimme. Beiderseits Colostrum. Scheidenschleim-

haut livid verfärbt. Uterus entsprechend einer Gravidität von 4 Monaten vergrößert, weich, fluktuierend, zeitweise deutliche Contraktionen zeigend. Adnexe nicht vergrößert. Aus dem Muttermund gelb-bräunlichgefärbter Ausfluß, zeitweise mit frischem Blut untermischt. Foetale Herztöne nicht wahrnehmbar.

27. VII. Ausräumung in Narkose.

Querschnitt im vorderen Scheidengewölbe. Hochschieben der Blase. Mediane Spaltung der vorderen Cervixwand. Es fließt reichlich bräunliches Fruchtwasser ab. Entfernung reichlicher Placentar- und Eihautmassen und eines geschrumpften Foetus. Currettement. Verschluß des Cervixschnittes und der Colpotomie.

Glatte Heilung.

9. VIII. Entlassung.

Fall XXIV.

Frau M. D., 35 J., aus B., wurde am 15. Oktober 1906 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 17. Jahre regelmäßig alle 4 Wochen, 5—6 Tage dauernd, stark, aber ohne Schmerzen. 3 spontane Geburten mit fieberfreien Wochenbetten, letzte, vor $1^1/_2$ Jahren.

Letzte Periode Mitte März. Darauf Cessatio. Im April trat häufig Erbrechen auf. Pat. hielt sich für gravid. Der Leib nahm an Umfang zu. Die Brüste schwollen an. Im 5. Monat und später wurden keine Kindsbewegungen verspürt, was der Pat. auffiel. Am 8. September setzte eine schwache Blutung ein, die fast ohne Pausen bis jetzt anhielt. Das Blut war stets dunkelbraun. Von Anfang September an hat Pat. ein Gefühl von Schwere im Leib verspürt. Der Leib selbst soll dünner geworden sein. Der Appetit war immer schlecht und die Haut wurde gelb.

Status: Magere Frau von gelber Hautfarbe. Herz- und Lungenbefund o. B. Urin frei von pathol. Bestandteilen.

In den Brüsten etwas Colostrum. Keine besondere livide Verfärbung der Vaginalschleimhaut. Aus dem Muttermund kommt bräunlich gefärbter Schleim. Uterus ist einer

4 monatlichen Gravidität entsprechend vergrößert, von weicher Consistenz. Cervix aufgelockert. Corpus anteflektiert, beweglich. Foetale Herztöne sind nicht zu hören. Muttermund geschlossen. Adnexe o. B.

8. X. Nach Querschnitt im vorderen Scheidengewölbe Eröffnung der Cervix durch vorderen Eröffnungsschnitt. Austasten des Cavum ergibt Vorhandensein einer Frucht. Es wölbt sich eine bräunliche Fruchtblase vor, die bei Eröffnung eine braune, etwas dicke Flüssigkeit entleert. Foetus gut erhalten, entspricht der Größe nach ungefähr dem 4. Monat. Ziemlich starke übelriechende Blutung. Provisorische Tamponade. Verschluß des Cervixschnittes und der Colpotomie. Herausziehen der Tamponade. Uterusspülung. Ergotin. Blutung steht.

Glatte Heilung.

Fall XXV.

Frau S. D., 32 J., aus W., wurde am 27. XII. 06 aufgenommen.

Anamnese: Pat. hat angeblich als Kind Lungenentzündung, mit 14 Jahren Typhus, mit 16 Jahren Influenza, mit 18 Jahren Scharlach und mit 21 Jahren Diphtherie gehabt.

Erste Periode mit 13 Jahren; darauf regelmäßig alle 4 Wochen, 3—4 Tage dauernd, mittelstark mit anteponierenden Schmerzen. 1 Partus vor 6 Jahren; normales Wochenbett; Kind lebt und ist gesund. Dezember 1903 ein Abort. Letzte Periode anfangs Juni. Im September trat eine Blutung auf, die eine Woche anhielt. Zum 2. Male blutete es vor 5 Wochen. Kindsbewegungen wurden nie gespürt.

Status: Ziemlich gut genährte Frau von frischer Gesichtsfarbe. Herz und Lungenbefund o. B. Urin frei von Zucker und Eiweiß.

In beiden Brüsten Colostrum. Introitus vaginae livid verfärbt; Schleimhaut aufgelockert. Portio weich. Cervix für die Fingerkuppe durchgängig. Uterus weich; entsprechend einer Schwangerschaft des III.—IV. Monats vergrößert.

28. XII. Dilatation der Cervix mit Hegar'schen Dilatatoren und Einführen zweier dünner Laminariastifte.

Keine Wehen. Darauf Darreichung von Chinin per os. Auch ohne wesentlichen Erfolg.

29. XII. Ausräumung in Aethernarkose.

Die Laminariastifte haben den Cervix soweit erweitert, daß man bequem den Abortlöffel einführen kann. Das Fruchtwasser ist zum Teil noch erhalten und klar. Der Foetus wird mittelst des Abortlöffels nach und nach entwickelt. Er entspricht dem Anfang des IV. Monats und ist relativ frisch. Die Placenta wird vollständig entfernt. Da man mit dem Finger nur bis dicht oberhalb des inneren Muttermundes reicht, war die Anwendung der breiten Kurette bei Entfernung der Placenta notwendig. Auffallend geringe Blutung. Uterus kontrahiert sich ziemlich gut. Uterusspülung. Ergotin.

Glatte Rekonvalescenz. Gute Rückbildung.

6. I. Entlassung.

Fall XXVI.

Frau J. S., 43 J., aus H., wurde am 17. I. 07 aufgenommen.

Anamnese: Pat. will früher nie ernstlich krank gewesen sein.

Erste Regel mit 16 Jahren; darauf regelmäßig alle 4 Wochen, 3—4 Tage dauernd, mittelstark, ohne Beschwerden.

5 spontane Geburten mit fieberfreien Wochenbetten; letzter Partus vor 3 Jahren. Vor 12 Jahren ein Abort im II. Monat.

Letzte normale Periode Ende April. Daurauf ¼ Jahr Cessatio. Von Ende Juli an, circa 3 Wochen lang, unregelmäßige Blutungen von wechselnder Stärke. Kein deutliches Schwangerschaftsgefühl.

Dann wieder von Ende August bis kurz vor Weihnachten keine Blutung. Am 20. XII. plötzlich starke Blutung. Darauf schwächere Blutungen bis jetzt.

Status: Introitus und Vagina mittelweit. Muttermund läßt Fingerkuppe leicht in den Cervicalkanal eindringen; oberer Cervikalkanal geschlossen. Corpus stark retroflektiert; faustgroß. Linke Adnexe o. B.; rechts ein harter parametrischer Strang.

In Aethernarkose Dilatation mit Hegar'schen Stiften. Der tastende Finger fühlt nach Durchführen der letzten Nummer einen rinnenförmigen Riß in der Cervix, und zwar links hinten. In der Uterushöhle fühlt er das untere Ende eines polypösen Gebildes, dessen Basis nicht zu erreichen ist. Erfassen desselben mit dem Abortlöffel; Abdrehen. Darnach Anwendung der großen Kurette und Herausbefördern von Gewebsfetzen. Uterusspülung mit Lysollösung. Ergotin. Keine Nachblutung.

Die gewonnenen Massen sind Teile eines durchbluteten Fruchtsackes. Amnion bucklig, blauschwarz vorgetrieben; Decidua gelb. Vom Foetus ist nichts mehr zu finden.

Rekonvalescenz durch Temperaturanstieg gestört, der bald nach der Ausräumung einsetzte. Vom 7. Tage an starker Husten und rubiginöses Sputum. Rasselgeräusche.

Codein; Prießnitz.

Rückgang des Prozesses.

Am 13. Tage nach der Ausräumung wieder Temperatursteigerung. Innerliche Untersuchung ergibt: Teigige, etwas druckempfindliche, nirgends fluktuierende Resistenz zu beiden Seiten des ziemlich unbeweglichen Uterus. Unter Schwitzkuren und Prießnitz'schen Umschlägen ziemlich schnelle Verkleinerung des ödematösen Exsudats. Abfall der Temperatur.

15. II. Wohlbefinden. Uterus ziemlich beweglich; neben ihm nur noch geringe, nicht druckempfindliche Resistenz.

Entlassung.

Ehe ich dazu übergehe, auf Grund der einschlägigen Literatur mit besonderer Berücksichtigung vorstehenden Materials die Aetiologie von missed labour bezw. abortion näher zu beleuchten, muß ich zunächst kurz die Frage nach dem Geburtseintritt behandeln, eine Frage, die sich bei der Betrachtung der Ursachen abnorm langer Verhaltung abgestorbener Früchte mit in den Vordergrund des Interesses drängt. Wir betreten dabei eins der dunkelsten Gebiete medizinischer Wissenschaft. Über Hypothesen ist man hier noch nicht hinausgekommen. Soviel Bestechendes manche

Hypothese auch hat, so genügen die angeführten Beweismomente doch längst nicht zur völligen Erklärung.

Diejenige Theorie, die wohl am meisten Anerkennung und Verbreitung gefunden hat, ist die sogenannte Fremdkörpertheorie. Darnach soll die Geburt erfolgen, wenn der Uterusinhalt für den Uterus zum Fremdkörper geworden ist. Dieses beginnt mit dem Eintritt einer Verfettung im Deziduagebiete.

Hasse macht den rechtzeitigen Eintritt der Geburt abhängig „von der Einwirkung eines bestimmten Gehaltes des in die foetale Placenta strömenden Blutes an Stoffen der regressiven Metamorphose (vor allem an Kohlensäure) auf die nervösen Centralapparate der Muskulatur des Uterus. Derselbe wird erreicht infolge des Abschlusses bestimmter Veränderungen der Blutströmung, beziehungsweise der Blutzusammensetzung im menschlichen Foetus am Ende des neunten Schwangerschaftsmonates.“ Hasse leitet seine Theorie aus eingehenden Studien des foetalen Kreislaufs ab und hat seine Abhandlung hierüber sehr einleuchtend illustriert. Zu Gunsten seiner Theorie spricht die Tatsache, welche die praktische Geburtshilfe lehrt, daß durch die Applikation eines Kohlensäurestromes auf den Uterus die Wehentätigkeit hervorgerufen bezw. gesteigert werden kann, daß ferner bei Asphyxie, bei mangelnder Kompensation von Herzklappenfehlern, bei einem erhöhten Kohlensäuregehalt des Blutes namentlich in den beiden letzten Monaten der Schwangerschaft Frühgeburten eintreten können. Vielleicht ließen sich die Hasse'sche und die Fremdkörpertheorie insofern in Einklang bringen und zu einer Theorie vereinigen, daß die Veränderungen in der Blutströmung und in der Blutzusammensetzung des menschlichen Foetus die Ursache für den Eintritt der Verfettung im Deziduagebiete und damit den Grund für den Eintritt der Geburt abgeben.

Auch die anderen Theorien über die Ursachen des Eintrittes der Geburt — Reizung der cervicalen Ganglien (Keilmann, Knüpffer), Erlöschen des Einflusses des Wehenhemmungszentrums (Schatz), Eintritt des 10. Periodentermines (O. Schäffer) — genügen keineswegs zur völligen Erklärung des Geburtseintritts.

Wir sehen, daß Schatz wieder mit Hasse übereinstimmt, der ja auch in dem Erlöschen der nervösen Erregung durch Veränderung des Placentarblutes den Grund des Geburtseintritts erblickt.

In einer aus jüngster Zeit stammenden Abhandlung Kehrer's über „die sogenannten Ursachen der Geburt" sagt der Verfasser: „Der Grund, weshalb wir noch nicht über die Ursachen der Geburt im Klaren sind, liegt darin, daß wir den Gegenstand nur vom engen Standpunkte des Geburtshelfers aus betrachtet haben und nicht von einem höheren, vergleichend physiologischen Standpunkte, und ferner darin, daß bis jetzt noch nicht das Experiment zur Lösung dieser Frage herangezogen ist." Kehrer führt 4 Möglichkeiten für die Aetiologie des Eintritts der Geburt an: den excentrischen Inhaltsdruck, die foetalen Stoffwechselprodukte, eine durch innere Sekretion (corpus luteum, Fränkel?) verursachte Hyperaemie der Genitalien und endlich die zunehmenden Fruchtbewegungen, die zu austreibenden Kontraktionen führen könnten.

Noch weniger wie die Ursache des Eintritts der Geburt ist die Frage nach der Aetiologie der Retention der abgestorbenen Frucht geklärt.

E. Fränkel sucht den einheitlichen Grund für alle Fälle in verminderter Kraft des Hohlmuskels einerseits und in vermehrtem Widerstande des Dehnungsschlauches andererseits. Dieses Schema paßt aber nicht für die meisten Fälle von missed abortion. Deswegen hat auch Fränkel, wie schon früher erwähnt worden ist, auf die Eliminierung der Kategorie „missed abortion" hinzuwirken versucht.

Plaut entscheidet sich dahin, daß eine einheitliche Ursache für alle Fälle überhaupt nicht aufstellbar sei. Auffallend sei für ihn bei den in der Literatur verzeichneten Fällen abnorm langer Retention das häufige Vorkommen von Trauma und Peritonitis.

Zweifel sieht die wahrscheinliche Ursache der Retention entweder in einer Schwächung der Uterusmuskulatur durch Peritonitis oder aber in einer Störung der Innervation der Gebärmutter. Dadurch würden sich nachfolgende glatte Spontan-

geburten wie auch habitueller missed labour resp. abortion erklären lassen.

Andere Ursachen werden nach Plaut in der Giftwirkung von Toxinen (Klein) oder Heilmitteln (Mc. Clintock, Barden) gefunden. Madje und Borham sahen in Lähmung der unteren Körperhälfte den Grund der Verhaltung. Hiergegen sprechen, wie Plaut betont, die gefühllosen Geburten bei Paralytischen und Tabischen.

Hennig sagt bezüglich der Peritonitis als angebliche Ursache von missed labour bezw. abortion: „Den Befunden von ausgebreiteter bis allseitiger Verwachsung des Fruchthalters ist gewiß hohe Aufmerksamkeit zu schenken; sie sind wohl nur bei einzelnen Folge der Retentio foetus, bei anderen Ursache derselben."

Nach Ahlfeld scheint die Inertia uteri infolge Peritonitis diejenige Erkrankung zu sein, welche die Hauptursache für missed labour am Ende der Schwangerschaft abgibt. Man könne sich diese Untätigkeit der Uterusmuskulatur verschieden entstanden denken, indem z. B. parietale Adhaesionen eine Verkleinerung des Uterus verhindern, oder indem durch entzündliche Processe der Serosa Lähmung der Uterusmuskulatur eintrete, wie unter solchen Umständen Darmlähmung erfolge, oder indem mit der Peritonitis eine fettige Degeneration des Muskelfleisches statthabe.

Olshausen-Veit nehmen zur Erklärung der meisten Fälle abnorm langer intrauteriner Retention eine verringerte Empfänglichkeit des Uterinnervensystems für die gewöhnlichen Reize an. In den schon oben erwähnten Fällen von Madje und Borham suchen beide Autoren den Grund der Retention in der Unterbrechung der Leitung zur Medulla.

Neuerdings hat Nassauer im Archiv für Gynaekologie, Bd. 82, ausgesprochen, daß die Ursache für missed abortion auf eine Schwäche in der Wehenerregung, in der Innervierung des Uterus zurückzuführen sei, nicht aber auf eine mangelhafte Wehentätigkeit, nicht auf eine Schwäche in der Uterusmuskulatur.

Graefe, der bis jetzt wohl die ausführlichste Arbeit über diesen Gegenstand verfaßt hat, zieht sein Resumé

bezüglich der Aetiologie dahin, daß die Ursache in allen Fällen von pathologischer Verhaltung abgestorbener Früchte bei der Mutter zu suchen sei und nicht beim Ei.

Bei der Erforschung der Ursachen für missed labour bezw. abortion drängt sich auch die Frage auf, ob etwa die den Tod der Frucht herbeiführende Ursache auch zugleich den Grund für die pathologische Verhaltung abgebe. Zweifel glaubt diese Frage schon deswegen verneinen zu müssen, weil dann ja bei denjenigen Krankheiten, die erfahrungsgemäß besonders häufig den Fruchttod herbeiführen, auch häufiger missed abortion vorkommen müsse. Er geht dabei näher auf die Syphilis ein, die nach Ruge's Zusammenstellung in 83 % aller Abortfälle die Ursache des Fruchttodes abgegeben hätte, die er aber nur ein einziges Mal als Grund der pathologischen Retention angeschuldigt gefunden habe. Er verweist hier auf den Fall Leopold, den dieser 1876 demonstriert hat und der durch luetische Peritonitis charakterisiert war.

Ein weiterer Fall, in welchem wahrscheinlich Lues und Missed abortion combiniert waren, ist der von Wagner mitgeteilte Fall 21 dieser Arbeit.

Trotzdem Wagner bei der Veröffentlichung dieses Falles angibt, daß keine Anhaltspunkte für Syphilis beständen, bleibt die Anamnese sowohl wie der Befund höchst suspect. Die Patientin hat bereits 4 Aborte erlitten. Einen Grund hierfür vermißt man in der Krankengeschichte. Außerdem zeigt das Präparat das Bild einer Decidua tuberosa, einer Veränderung des Eies, die Virchow aetiologisch auf Syphilis zurückgeführt hat.

Wohl aber sind schon verschiedene Fälle publiziert worden, bei welchen missed labour bezw. abortion mit Endometritis combiniert war. Diese Krankheit spielt doch auch in der Aetiologie des Aborts eine große Rolle. Ferner ist es sehr begreiflich, wenn bei einer Frau, die durch Blutungen, häufige Schwangerschaften, protrahierte Laktation etc. hochgradig geschwächt ist, einerseits das Ei infolge mangelhafter Ernährung abstirbt, andererseits die Muskulatur und der ganze Nervenapparat des Uterus so in Mitleidenschaft

gezogen ist, daß eine Austreibung der toten Frucht nicht erfolgen kann. Graefe legt derartigen Schwächezuständen der Frauen bei der Aetiologie der missed abortion eine hohe Bedeutung bei. Jedenfalls muß man es immerhin als eine Möglichkeit gelten lassen, daß die Ursache des Fruchttodes auch die Ursache der abnormen Retention sein kann. Diese Möglichkeit kann schon deswegen nicht widerlegt werden, weil wir bei den allermeisten bis jetzt publizierten Fällen von missed labour und abortion über beide Punkte im Unklaren sind, sowohl über die Ursache des Fruchttodes wie auch über die der abnormen Verhaltung.

Nunmehr lasse ich eine kurze skizzenartige Übersicht der 52 hier angeführten Fälle von missed labour bezw. abortion folgen. Die Übersicht enthält zunächst Angaben über Alter, frühere Geburten und Aborte der Frauen. Dann folgen Diagnose und weiterhin diejenigen Punkte, die für die Aetiologie des Fruchttodes und der abnormen Verhaltung von Belang sind. Außerdem finden sich darin noch kurze Andeutungen über etwaige Komplikationen und Besonderheiten der Fälle.

I. 26 Fälle aus der Literatur:

1. Fall. 34jährige VI. para mit missed abortion. Nabelschnur zwirnsfadendünn, hat bei einer Länge von 4 cm 25 Umwindungen.
2. „ 35 j. VIII para. Missed abortion nach Trauma (Sturz von der Treppe). Nabelschnur hat bei einer Länge von 3 cm 2½ Um windungen.
3. „ 32 j. IX para; 2 Aborte. Missed abortion.
4. „ 43 j. IX para mit missed labour. Influenza während der letzten Gravidität. Nabelschnur um den Hals geschlungen.
5. „ X para; 1 Abort. Missed abortion. Fruchttod infolge Traumas (Wagenfahrt). Retroflexio.
6. „ 36 j. IX para. Missed abortion. Placenta adhaerent.
7. „ 27 j. Frau, die 2 Aborte durchgemacht und an Mitralinsuffizienz leidet Missed abortion.
8. „ 36 j. VII para. Missed abortion.
9. „ 39 j. VI para; 1 Abort. Missed labour. Eklampsie. Sectio caesarea.
10. „ 40 j. VIII para. Missed labour. Pat. hat öfters Malaria gehabt. Milz noch vergrößert.
11. „ Multipara. Missed abortion.
12. „ 35 j. Nullipara. Missed abortion.

13. Fall. II gravida. Missed labour. 1. Wochenbett schweres Puerperalfieber. Fixation des Uterus nach hinten. Placenta adhaerent.
14. „ 30 j. VI gravida. Missed abortion. Tod der Frucht infolge Traumas.
15. „ 28 j. VII para. Missed abortion habitualis. Tod der Frucht infolge Traumas (Mißhandlung).
16. „ Missed abortion, ohne nähere Angaben.
17. „ Missed abortion, ohne nähere Angaben.
18. „ 24 j. Nullipara. Missed labour habitualis. Peritonitis. 2 mal Sectio caesarea.
19. „ 35 j. VI para. Missed abortion. Tod der Frucht infolge Traumas (Wagenfahrt). Placenta adhaerent.
20. „ 39 j. VI para. Missed labour. Tod der Frucht dadurch, daß der sehr große Kopf die bestehende placenta praevia centralis comprimierte und zur Atrophie brachte.
21. „ IV para; 4 Aborte. Missed abortion. Decidua tuberosa. Syphilis wahrscheinlich.
22. „ 28 j. III para. Missed abortion. Eierkrankung. Blasenmole.
23. „ Missed abortion. Eierkrankung. Nabelschnur torquiert und stellenweise ödematös aufgetrieben.
24. „ 36 j. VI para. Missed abortion. Tod der Frucht infolge Traumas.
25. „ Missed abortion. Eierkrankung. Fleischmole.
26. „ 40 j. III para. Missed abortion.

II. 26 Fälle aus der Gießener Klinik.

1. Fall. 33 j. Frau, 2 Partus, 1 Abort. Missed abortion. Veränderung des Eies. Blasenmole.
2. „ 33 j. Frau. 2 Partus. Missed labour. Retroflexio.
3. „ 35 j. Frau. 7 Partus, 1 Abort. Missed labour. Bei der letzten Geburt Puerperalfieber durchgemacht.
4. „ 42 j. IX gravida. Missed abortion. Hochgradige Schwäche und Anaemie. Blasenmole.
5. „ 38 j. Frau. 3 Partus. Missed abortion.
6. „ 39 j. Frau. 8 Partus. Missed abortion.
7. „ 25 j. Nullipara. Missed abortion.
8. „ 38 j. Frau. 3 Partus. Missed abortion.
9. „ 27 j. Frau. 1 Partus. Missed abortion. Phthisis?
10. „ 38 j. Frau. 8 Partus. Missed abortion. Pat. hat zweimal Blasenmole gehabt. Die 7. Geburt mit Placenta praevia.
11. „ 28 j. Frau. 3 Partus. Missed abortion. Narbige Verdickung im linken Parametrium.
12. „ 33 j. Frau. 4 Partus. Missed abortion. Tumor im rechten Parametrium fühlbar (Ren mobilis?)
13. „ 32 j. Frau. 4 Partus, 1 Abort. Missed abortion. Hat schon mal missed labour durchgemacht. Nach dem letzten partus Entfernung eines Placentarpolypen.

14. Fall. 36j. Frau. 6 Partus, 2 Aborte. missed abortion bei Zwillingen. Beim 5. Partus Puerperalfieber. Retroflexio.
15. „ 28j. Frau. 4 Partus. Missed abortion. Retroflexio.
16. „ 24j. Frau. Nullipara. Missed abortion.
17. „ 28j. Frau. 2 Partus. Missed abortion.
18. „ 27j. Frau. 2 Partus, 1 Abort. Missed abortion. Knorpelharte Verdickung im linken Parametrium.
19. „ 34j. Frau. 7 Partus. Missed abortion.
20. „ 36j Frau. Keine Angaben über Geburten. Missed abortion. Retroflexio. Bartholinitis sinistra.
21. „ 39j.? gravida. Missed abortion. Retroflexio. Prolapsus vaginae.
22. „ 31j. Frau. 2 Partus, 1 Abort. Missed abortion. Das Präparat zeigt das typische Bild der Breus'schen Haematomole.
23. „ 37j. VII gravida. Missed abortion. Hochgradige Anaemie. Pat. hat angeblich Typhus, Pneumonie und Pleuritis gehabt.
24. „ 35j. Frau. 3 Partus. Missed abortion.
25. „ 32j. Frau. 1 Partus, 1 Abort. Missed abortion. Pat. hat angeblich Pneumonie, Typhus, Influenza, Scharlach u. Diphtherie gehabt.
26. „ 43j. Frau. 5 Partus, 1 Abort. Missed abortion. Uterus schlecht beweglich. Zu beiden Seiten desselben ein ödematöses Exsudat. Retroflexio.

Die Ergebnisse dieser Zusammenstellung lassen sich kurz folgendermaßen zusammenfassen:

Das Vorkommen jener Schwangerschaftsanomalie, die mit missed labour oder abortion bezeichnet wird, ist in der vorliegenden Arbeit durch 3 Laparotomieen sicher bewiesen. (I_9, I_{18}, 2 mal Sectio caesarea bei derselben Patientin).

Missed labour bezw. abortion kommt bei Multiparen bei weitem häufiger als bei Primiparen vor. Der Grund liegt nahe: Bei Multiparen hat der Uterus durch die vorausgegangenen Schwangerschaften, Wochenbetten und ihre Folgezustände schon Schädigungen erlitten, die seine Reaktionsfähigkeit herabzusetzen oder ganz aufzuheben vermochten.

Hinsichtlich des Alters ereignen sich die meisten Fälle intrauteriner Retention bei Frauen im Alter von 30—40 Jahren. Fälle von missed labour und abortion bei Frauen zwischen 20 und 30 Jahren sind bedeutend seltener. Die dem Klimakterium nahen Jahre finden wir wohl deswegen bei abnormer Verhaltung so selten, weil die Schwangerschaften in diesen Jahren überhaupt seltener werden.

Für die meisten bislang publicierten Fälle von missed labour und abortion läßt sich eine einwandfreie Erklärung der abnormen Verhaltung nicht geben. Trauma und Peritonitis ganz besonders, — in meiner Zusammenstellung findet sich Trauma 5 mal, Peritonitis oder peritonitische Processe 6 mal — dann allgemeine Schwäche nach zahlreichen Schwangerschaften oder großen Blutverlusten, Syphilis, Endometritis, Retroflexio, Placenta praevia, Eierkrankungen usw. spielen in der Aetiologie von missed labour und abortion eine Rolle. Alle genannten Ursachen vermögen aber viel leichter den Tod der Frucht als die abnorme Verhaltung der toten Frucht zu erklären. Man darf wohl annehmen, daß in vielen Fällen, wenn nicht in den meisten, die Ursache des Todes der Frucht auch die Ursache der intrauterinen Retention abgibt. Bei Traumen, peritonitischen Processen, allgemeiner Körperschwäche und Syphilis will es uns wohl einleuchten, wenn Muskel- und Nervensystem der Gebärmutter eine solche Schwächung durch diese Ursachen erfahren, daß daraus der Tod der Frucht und die Retention der toten Frucht resultieren.

Also: ein Schaden im Nervenapparat und in der contraktilen Substanz des Uterus — das sind die beiden Hauptmomente, die alles erklären lassen, und die wir deswegen bei der Aetiologie von missed labour und abortion für alle Fälle als Hypothese anwenden können. Wie allerdings die pathologischen Verhältnisse bei einer solchen Schwächung des Uterus sind, ist einstweilen gänzlich unklar und bleibt der Zukunft zur Erforschung vorbehalten.

Zum Schlusse bliebe noch übrig, die praktisch wichtigsten Tatsachen, die sich aus dieser Abhandlung ergeben haben, zusammenzustellen.

Für die Diagnose ergaben sich keine weiteren Gesichtspunkte als die schon früher erwähnten, wohl aber für die Therapie.

Betrachten wir hieraufhin die Fälle aus der Gießener Klinik, — die therapeutischen Angaben bei den Fällen aus der Literatur sind meistens zu mangelhaft, weshalb ich sie übergehe —, so sehen wir zunächst, daß 3 mal eine spontane

Ausstoßung des Eies auf bloßes Abwarten hin erfolgte, einmal erfolgte spontane Ausstoßung nach Applikation eines Hystereurynthers und 22 mal wurde die Ausräumung des Uterus vorgenommen. Es wurde nur dann zur Ausräumung geschritten, wenn die zuvor zur Erregung von Wehen verwendeten Mittel versagt hatten, und wenn Fieber oder starke Blutungen eine expectative Therapie contraindizierten. Bei der Indikationsstellung zur eventuellen Ausräumung kommt noch in Betracht, daß missed abortion, solange die tote Frucht retiniert bleibt, eine neue Gravidität unmöglich macht und, daß man dann, wenn Frauen mit missed abortion ein lebendes Kind zu gebären wünschen, die Ausräumung der toten Frucht vornehmen muß. Ein solcher Fall würde auch eine Indikation zur Ausräumung abgeben.

Bezüglich des Verfahrens der Ausräumung ist in der Gießener Klinik die Eröffnung und Ausräumung des Uterus durch Spaltung der vorderen Cervixwand dem Dilatationsverfahren vorgezogen worden, da letzteres bei der mangelnden Auflockerung und schlechten Wehenkraft des Uterus als langwierig erscheint und andererseits bei Dilatation zu unangenehmen Cervixeinrissen Veranlassung gibt.

* * *

Schließlich sei es mir gestattet, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Pfannenstiel für seine liebenswürdige Anregung und Förderung dieser Arbeit, sowie Herrn Assistenzarzt Dr. Cohn für die gütige Beihülfe meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Literatur-Verzeichnis.

Ahlfeld, Lehrbuch der Geburtshilfe.

v. Winckel, » » »

Zweifel, » » »

Olshausen-Veit, Schröders Lehrbuch der Geburtshilfe.

Graefe, M., Über intrauterine Retention abgestorbener Früchte. Festschrift für Ruge. Berlin 1896.

Fränkel, E., Über missed labour und missed abortion. Sammlung klinischer Vorträge N. J.-Nr. 357. Leipzig.

Schenck, Missed labour und Übertragung. I.-D. 1903. Marburg.

Kulenkampff, Retention abgestorbener Früchte im Uterus. I.-D. 1874, Kiel.

Plaut, Über missed abortion. Zentralblatt für Gyn. 1906.

Hennig, Über Lithopaedia intrauterina. Archiv f. G. Bd. 13.

Schaeffer, D., Über eine einjährige Retention eines Abortiv-Eies im Uterus. Monatsschrift für Geb. und Gyn. Bd. XXX.

v. Franquè, Zentralblatt f. G., 1897 S. 820.

Saenger, Zentralblatt f. G., 1885 S. 349.

Leopold, Archiv f. G., Bd. XI, S. 319.

Krevet, Archiv f. G., Bd. 61, S. 435.

Strong, Zentralblatt f. G. 1885, S. 349.

Hasse, Die Ursachen des rechtzeitigen Eintritts der Geburtstätigkeit beim Menschen. Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd. VI.

Schatz, F., Wann tritt die Geburt ein? Archiv f. G. 1906, Bd. 80.

Kehrer, Die sog. Ursachen der Geburt. Zentralblatt f. G. 1907.

Lebenslauf.

Ich, Gaudenz Kalthegener, kath. Konfession, bin am 4. XII 1874 in Wattenscheid in Westf. geboren. Mein Heimatsort ist Gelsenkirchen und bin ich Staatsbürger in Preußen. Ich besuchte das Gymnasium in Recklinghausen und bestand an dem Gymnasium in Recklinghausen das Abiturienten-Examen. Ich studierte an den Universitäten Greifswald 6, Würzburg 3, Göttingen 2, Greifswald 1, Marburg 1 und Gießen 4 Semester und bestand am 8. November 1898 das ärztliche Vorexamen in Greifswald und am 24. Mai 1905 die ärztliche Staatsprüfung in Gießen. Dann bestand ich am 18. Januar 1908 das Kolloquium des Doktorexamens mit der Zensur „gut.“ Die Approbation als Arzt habe ich am 21. Juni 1905 erhalten.

Militärverhältniß: Vom 1. Oktober 1900—31. März 1901 als Einjährig-Freiwilliger beim 2. Hessischen Infanterie-Regt. Nr. 82 in Göttingen; vom 1. Mai 1906—31. Oktober 1906 als einj.-freiwilliger Arzt beim Mindenschen Feldartillerie-Regiment in Minden.